

De la Mort de l'Œuf

dans la

GROSSESSE TUBAIRE

Travail du Service hospitalier de Gynécologie du Docteur ALBERTIN
CHIRURGIEN DE LA CHARITÉ

.THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 19 Décembre 1910

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Paul BUISSON

Né à Cuiseaux (Saône-et-Loire), le 25 Janvier 1885

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE



LYON

IMPRIMERIE J. PRUDHOMME

32, Cours Gambetta 32

1910

DE LA MORT DE L'ŒUF

DANS LA

GROSSESSE TUBAIRE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année Scolaire 1910-1911 — N° 57

De la Mort de l'Œuf

dans la

GROSSESSE TUBAIRE

Travail du Service hospitalier de Gynécologie du Docteur ALBERTIN
CHIRURGIEN DE LA CHARITÉ

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 19 Décembre 1910

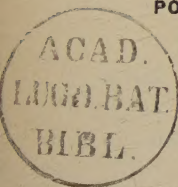
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Paul BUISSON

Né à Cuiseaux (Saône-et-Loire), le 25 Janvier 1885

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE



LYON
IMPRIMERIE J. PRUDHOMME
32, Cours Gambetta, 32

1910

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM: CHAUVÉAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER,
CAZENEUVE, LÉPINE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales.	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.	BARD.
Clinique ophtalmologique.	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales	FABRE.
Clinique des maladies des enfants	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS.
Physique médicale.	PIERRET.
Chimie médicale et pharmacologique	WEILL.
Chimie organique et Toxicologie.	POLLOSSON (A.).
Matière médicale et Botanique.	CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ.
Anatomie	MOREL.
Anatomie générale et Histologie	BEAUVISAGE.
Physiologie	GUIART.
Pathologie interne.	TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.	RENAUT.
Anatomie pathologique.	MORAT.
Médecine opératoire	COLLET.
Médecine expérimentale et comparée.	COURMONT (P.).
Médecine légale	PAVIOT.
Hygiène	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique	ARLOING.
Pharmacologie.	LACASSAGNE.
	COURMONT (J.).
	PIC
	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaires	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL.	agrége
Propédeutique chirurgicale	BERARD.	—
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN.	—
Chirurgie infantile	NOY. JOSSERAND.	—
Accouchements.	COMMANDEUR.	—
Matière médicale	MOREAU.	—
Embryologie	REGAUD.	—
Anatomie topographique	PATEL.	—
Botanique.	BRETIN.	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
SAMBUC.	J. LEPINE.	NOGIER.	TAVERNIER.
REGAUD.	LESIEUR.	LATARGET	CADE.
COMMANDEUR.	MARTIN (Elienne)	BRETIN.	MOURIQUAND.
GAYET.	LAROYENNE.	LERICHE.	ARLOING (F.).
NEVEU-LEMAIRE	VORON.	THÉVENOT.	GUILLEMARD.
PATEL.			

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PAVIOT, Président ; GAYET, Assesseur ;
MM. PATEL et THÉVENOT, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE — A MA MÈRE

Je dédie ce modeste travail, faible
témoignage de profonde affection et
de reconnaissance infinie.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur PAVIOT

*Professeur d'Anatomie pathologique à la Faculté
Médecin des Hôpitaux*

A MONSIEUR LE DOCTEUR ALBERTIN

Chirurgien de la Charité

Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse. Puissions-nous avoir été l'inter-
prète fidèle de ses idées.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DESGOUTTES

Chirurgien des Hôpitaux

Qui nous a guidé par ses conseils.

A MONSIEUR LE MÉDECIN MAJOR LAHAUSOIS

Répétiteur à l'Ecole du Service de Santé Militaire

Nous devons plus que l'hommage respectueux d'un élève à son maître ; au cours d'un accident grave, il nous a prodigué ses soins avec le plus complet dévouement, qu'il soit assuré de notre reconnaissant et durable souvenir.

A MES MAITRES CIVILS ET MILITAIRES

INTRODUCTION

L'évolution clinique de la grossesse tubaire est calquée sur son évolution anatomique. Depuis la trompe saine jusqu'à la trompe rupturée brutalement nous avons tous les intermédiaires, tous les stades de passage, l'hémorragie intratubaire, la fissuration sous-péritonéale, la rupture tubaire avec hémorragies à répétition et enkystement. Et à chacune de ces formes anatomiques correspond une forme clinique. Cette classification nouvelle de MM. Albertin et Desgouttes, chirurgiens des hôpitaux, repose sur les constatations anatomiques qu'a pu fournir la laparotomie et sur les observations cliniques des malades.

Fréquemment la mort de l'œuf a été constatée au cours des laparotomies. Il nous a paru intéressant de rechercher si cette mort de l'œuf imprimait des modifications à la symptomatologie de chacune des formes anatomo-cliniques.

Ce travail est basé sur 27 observations de grossesses tubaires choisies parmi la centaine de cas observés dans

le service de notre maître, M le Dr d'Albertin, chirurgien de la Charité. Quelques-unes de ces observations ont déjà été résumées dans le *Lyon Chirurgical* 1909. Nous avons eu recours aux observations originales et nous les publions intégralement. Nous avons pu reproduire quatre planches du *Lyon Chirurgical*, grâce à l'obligeance de M. le professeur agrégé Leriche, secrétaire de la rédaction.

Nous décrirons la grossesse tubaire en évolution, l'interruption de la grossesse tubaire, les modifications imprimées par la mort de l'œuf à la symptomatologie de la grossesse tubaire, puis nous formulerons quelques considérations thérapeutiques.

CHAPITRE PREMIER

Grossesse Tubaire en évolution

I

Formes Anatomiques

La greffe ectopique de l'œuf dans la trompe a été étudiée par Conrad et Langhans, Orthmann, Zweifel, Zedel, Webster, Pilliet, Cornil. Le dernier travail d'ensemble paru est la thèse de Couvelaire.

Nous n'avons pas l'intention d'étudier au point de vue histologique le développement de l'œuf dans la trompe, nous voulons simplement montrer que le mode d'évolution de cet œuf crée les différentes formes anatomiques de la grossesse tubaire. Nous distinguerons 5 formes anatomiques :

GROSSESSE TUBAIRE AVEC TROMPE LIBRE

« L'œuf jeune, villex dans toute son étendue, n'est inséré que sur une partie seulement de la paroi tubaire. L'un de ses pôles est adhérent à la paroi, tandis que le pôle opposé fait librement saillie dans la cavité tubaire aplatie et excentrique » (Couvelaire). Un peu plus tard,

Planche I



TROMPE CLOSE — FOETUS D'UN MOIS 1/2 A 2 MOIS
en haut : CORPS JAUNE DE LA GROSSESSE



TROMPE CLOSE — EMBRYON DE QUELQUES JOURS
DÉBUT D'HÉMORRAGIE INTRATUBAIRE

le chorion n'est que partiellement villex, la partie non vilieuse correspond au pôle libre de l'œuf. Un placenta s'est constitué. La cavité tubaire peut rester perméable jusqu'au troisième mois.

D'après Smolski, la grossesse tubaire présente aux différents mois le volume suivant :

- à 2 mois : un œuf de pigeon ;
- à la fin du 2^e mois : une noix de galle ;
- à 2 mois et demi : un œuf de poule ;
- à 3 mois : un poing ;
- à 4 mois : deux poings.

Lorsqu'on pratique la laparotomie à cette période, on se rend compte que la trompe est régulièrement distendue en un point, formant une tumeur ronde, molle au toucher. On trouve quelquefois sur l'ovaire un corps jaune, exubérant, comme le montre bien une pièce du musée Albertin, reproduite sur la planche I.

L'utérus est souvent légèrement augmenté de volume ; il n'y a pas d'adhérences épiploïques ou intestinales, tout est libre. Il y a une absence complète de désordres anatomiques.

2^o GROSSESSE TUBAIRE AVEC HÉMORRAGIE INTRATUBAIRE SANS FISSURATION

Couvellaire a montré que la muqueuse tubaire est impuissante à limiter l'extension des tissus ovulaires. Les colonnes cellulaires prévilieuses, les ectoblastes rongent les vaisseaux de la trompe, de là une hémorragie intratubaire d'abord limitée à un point, puis qui s'étend insensiblement.

Le début d'hémorragie intratubaire est très bien repré-

senté sur la planche II (d'après une pièce du musée du Dr Albertin).

A la laparotomie on constate que la trompe est distendue, souvent très distendue. Quelquefois un peu de sang a pu se déverser dans le Douglas par l'orifice tubo-abdominal, mais cette quantité est minime, négligeable. Dans cette forme il n'y a encore pas d'adhérences.

3° GROSSESSE TUBAIRE AVEC TROMPE CLOSE
EN VOIE DE FISSURATION SOUS PÉRITONÉALE

Les villosités choriales par leurs ectoblastes agissent sur la musculature de la trompe et la détruisent. Mais il y a une réaction du péritoine péri-tubaire qui s'épaissit et résiste.

A la laparotomie on constate que la trompe est rouge, distendue, mais de consistance inégale; on perçoit des points amincis dans sa paroi, surtout au niveau de l'insertion placentaire. Le péritoine réagit et des adhérences se forment entre les organes, les anses grêles, l'épiploon viennent se fixer aux annexes. Tous les processus pathologiques de défense sont en jeu pour parer aux éventualités d'une rupture.

4° RUPTURE TUBAIRE AVEC HÉMORRAGIES A RÉPÉTITION
ET ENKYSTEMENT

Les ectoblastes poursuivent plus loin leur action destructive, ils rongent non seulement la musculature mais encore la séreuse péritonéale. Mais la fissure est petite, ils n'ont pas érodé de gros vaisseaux qui puissent donner une grave hémorragie. Le suintement sanguin est faible; la fissure se referme par des caillots. Puis un nouveau processus de destruction survient. Ces alternatives peuvent se produire plusieurs fois.

La réaction péritonéale a le temps de se faire. Quand on opère, on trouve la trompe rupturée au milieu de caillots. Il est souvent très difficile de la repérer. L'intestin, l'épiploon sont adhérents et forment un vaste dôme couvrant les annexes. Le sang épanché s'est enkysté, mais comme il y a eu des hémorragies successives à intervalles plus ou moins éloignés, on trouve des tumeurs hématiques d'âge différent. Un premier kyste contiendra du sang pur, un deuxième des caillots noirâtres, un troisième des caillots organisés, voire même du liquide séro-hématique ; ce sont les témoins des ruptures successives de la trompe.

5° INONDATION PÉRITONÉALE.

Cette inondation péritonéale est créée par la rupture brusque de la trompe. Les villosités choriales ont agi très rapidement, comme une tumeur extrêmement maligne. Le péritoine n'a pu réagir.

Si l'on fait une laparotomie immédiate, on constate que du sang pur est épanché dans la cavité péritonéale. Mais si l'on temporise, des phénomènes de coagulation se produisent et de légères adhérences s'ébauchent.

II

Modalités Cliniques

Ces formes anatomiques commandent les modalités cliniques. Nous décrirons d'abord les signes sympathiques qui peuvent être communs à toutes les formes, puis nous ferons une esquisse de chaque forme anatomo-clinique avec les signes fonctionnels et physiques qui lui sont propres.

SIGNES SYMPATHIQUES

Suppression des règles. — « La menstruation est supprimée d'une façon absolue pendant toute gestation. Que le produit de gestation se développe dans la cavité utérine ou à côté, que la gestation soit utérine, extra-utérine, pendant toute gestation la femme n'a pas de règles. Des hémorragies sont possibles, elles sont même fréquentes. Mais il ne s'agit pas de règles. La femme enceinte n'est pas réglée. C'est un axiome, il ne se discute pas ». (Pinard). Voilà donc une loi qui, d'après Pinard, est générale et ne souffre aucune exception, même pour la grossesse ectopique. Ce que certains auteurs ont pris pour des règles n'étaient que des hémorragies pathologiques mais qui n'avaient ni la périodicité mathématique, ni la qualité, ni la quantité des véritables menstrues. Et en effet, dans toutes les observations que nous publions, nous constatons que ces pertes sont toujours irrégulières dans le temps, la périodicité n'existe plus, c'est un écoulement sanguin plus ou moins fantaisiste dans son apparition. Deuxième point, la quantité de cette hémorragie est excessivement variable, elle peut être ou bien très abondante, ou bien insignifiante. Troisième point, très important, c'est la qualité même de cette hémorragie : ce sang est d'une chromaticité différente de celui des règles, qui saute aux yeux d'un clinicien avisé. Par gamme décroissante, nous avons un sang noir, marc de café, brun chocolat, roussâtre. La première hémorragie, qui survient après un soi-disant retard, présente quelques uns de ces caractères, qui suffisent à la différencier des menstrues.

Ce que l'on désigne dans tous les auteurs sous le nom de retard, correspond à une suppression véritable des règles.

Congestion des seins. — Il y a une congestion des seins, dans nos observations I, II, VI, VIII, XVI, XVIII, XIX, XXII, XXIII, XXVII, les picotements, les élancements des seins sont signalés. L'aréole primaire devient un peu plus pigmentée, on constate un développement quelquefois assez net des tubercules de Montgomery. La sensibilité subjective des seins est surtout marquée au niveau de la région mamelonnaire.

Troubles digestifs. — Ces troubles digestifs sont mentionnés dans quelques unes de nos observations ; ils consistent en la recherche de mets bizarres, en dégoûts pour certains aliments. Les malades ont des nausées, des vomissements ; les vomissements peuvent avoir tous les caractères, depuis la simple bile jusqu'aux aliments rejetés en totalité. Cependant ces vomissements, qui peuvent être fréquents, laissent toujours un moment de répit pendant lequel la femme peut s'alimenter.

Troubles nerveux. — Les troubles nerveux existent souvent. Doléris a surtout insisté sur le vertige. Nous ne l'avons jamais vu signalé dans nos observations.

Tels sont les signes sympathiques : suppression de règles, congestion des seins, troubles digestifs, troubles nerveux, que l'on observe dans la grossesse extra-utérine. Ce sont les mêmes symptômes que ceux de la grossesse normale. Ils n'ont rien de pathognomonique, ils font penser à une grossesse et c'est tout. Mais pour le point que nous voulons démontrer, ils ont une importance considérable, ils veulent dire que c'est une grossesse

vivante qui évolue. Assurément, ils peuvent être très peu marqués, mais ils existent presque toujours à des degrés d'intensité variable. Il faut les rechercher.

SIGNES FONCTIONNELS ET PHYSIQUES

Les signes fonctionnels et physiques, que les auteurs décrivent dans la grossesse tubaire en général, ont des modalités variées suivant les types anatomiques auxquels ils se rapportent. C'est le développement anormal de l'œuf qui crée les lésions anatomiques, ce sont les lésions anatomiques qui déterminent les différentes formes cliniques. A chaque forme anatomique correspond une forme clinique.

1° GROSSESSE TUBAIRE AVEC TROMPE LIBRE

Cette forme de la grossesse tubaire est presque latente car il n'y a pas de désordres anatomiques. L'observation I en est un type remarquable. Il s'agit d'une malade qui constate les signes sympathiques de la grossesse, mais qui n'a aucune douleur abdominale, aucune hémorragie. Les signes fonctionnels n'existent pas ou sont réduits au minimum.

Au toucher on sent la trompe gravide sous la forme d'une petite tumeur arrondie, assez molle, peu douloureuse.

2° GROSSESSE TUBAIRE AVEC HÉMORRAGIE INTRATUBAIRE SANS FISSURATION

Les signes réflexes de la grossesse existent. Mais deux symptômes nouveaux font leur apparition et obligent la malade à consulter un médecin. Ce sont les *douleurs* et les *hémorragies*.

Les *douleurs* sont caractéristiques. Coe a voulu en faire un symptôme pathognomonique de la grossesse ectopique et Landau en a tracé un tableau magistral. « La malade, courbée en deux, applique les mains sur les régions iliaques, siège de douleurs profondes et diffuses, ou bien elle comprime les reins, ou elle éprouve une sensation de brisement. Les souffrances sont tellement intenses que les mouvements ne les augmentent pas et qu'à chaque accès les patientes se tordent, s'agitent, cherchent, dans des positions variées, le calme qu'elles ne peuvent trouver. Elles poussent des cris déchirants : l'expiration anxieuse est entrecoupée de gémissements. Sous l'influence de ces accès, les veines du cou se gonflent, le visage se congestionne, le facies prend une expression des plus douloureuses. L'accès passé, les malades sont brisées, anéanties. » Nous reconnaissons là une description de la colique salpingienne, dont on a attribué la pathogénie à une contraction de la musculature de la trompe sur son contenu. Ces accès se répètent et, pendant ces accès, on constate une accélération du pouls, sans élévation de la température. Ces douleurs coliqueuses sont significatives. Elles siègent dans le bas ventre, généralement dans une fosse iliaque, elles sont unilatérales, elles sont profondes. Elles peuvent avoir des irradiations à distance, vers les reins, vers la région inguinale, vers la cuisse. Ces coliques sont à répétition, comme les contractions de la trompe. Mais il n'y a pas, dans cette forme, d'ictus abdominal vrai.

En même temps que ces douleurs surviennent des *pertes sanguines*. Nous avons vu que l'apparition des premiers symptômes est toujours précédée d'un arrêt de la menstruation, souvent qualifiée de simple retard. « Bien

des auteurs classiques, et non des moins autorisés, admettent que les règles peuvent se produire pendant la grossesse ectopique, comme pendant la grossesse utérine ; je ne saurais trop m'élever contre cette manière de voir. La femme enceinte n'est pas plus réglée pendant la grossesse ectopique que pendant la grossesse utérine. Il peut se produire pendant toute la grossesse des hémorragies utérines, mais ces hémorragies diffèrent toujours des hémorragies cataméniales physiologiques, par le défaut de périodicité aussi bien que par la quantité et la qualité du sang perdu » (Pinard). Ces pertes sont plus ou moins abondantes, chez certaines malades elles font presque totalement défaut, tandis que chez d'autres elles constituent un des symptômes les plus importants. Ce peut être un suintement léger, mais journalier ; ce sang est noirâtre, mélangé de petits caillots, ressemblant ainsi à du marc de café. Il peut être brun chocolat ou prendre quelquefois une simple teinte roussâtre. Il a les caractères d'un sang sorti des vaisseaux depuis quelque temps. « Il a exactement les mêmes caractères que le liquide trouvé dans la cavité tubaire au moment de la laparotomie et cet écoulement par le vagin cesse, comme par enchantement, dès le lendemain du jour qui suit l'ablation de la trompe. En revanche, ni les injections, ni le repos ne sont capables de le modifier. » (Bouilly). Nous croyons que dans ces cas d'hémorragie intratubaire, les pertes sanguines ne viennent pas, comme le veut Bouilly, du sang épanché dans la trompe. L'ostium uterinum est très petit, il est très vite bouché par un caillot, et, d'autre part, la trompe n'aurait pas de raison de se distendre, si le sang s'écoulait normalement par l'utérus. Mais dans toute grossesse

tubaire en évolution, il existe une réaction de la muqueuse utérine d'autant plus intense que la grossesse siège plus près de l'utérus, comme l'a bien démontré Convelaire. Cette muqueuse utérine est congestionnée, des hémorragies interstitielles se produisent, donnant naissance à un suintement sanguin d'origine utérine. Dans ce cas, on peut quelquefois reconnaître des débris de caduque; les pertes caractéristiques ont une importance capitale: elles existent dans toutes nos observations et bien souvent elles nous ont orienté vers le diagnostic. Nous y insistons tout particulièrement,

Au toucher, on sent un col légèrement ramolli, quelquefois très légèrement entr'ouvert, un utérus un peu augmenté de volume. Dans un des culs-de-sac, on sent une tumeur lisse, rénitente, plus ou moins volumineuse et légèrement mobile.

En résumé, dans cette forme d'hémorragie intratubaire nous avons des signes réflexes, des douleurs abdominales, des pertes caractéristiques. Il n'y a pas de phénomènes généraux, pas de température.

Le diagnostic peut se poser entre cette hémorragie intratubaire et les kystes de l'ovaire ou les hydrosalpinx tordus, on se basera surtout sur les pertes sanguines et les signes sympathiques de la grossesse.

3^e GROSSESSE TUBAIRE AVEC TROMPE CLOSE EN VOIE DE FISSURATION SOUS-PÉRITONÉALE

Dans cette forme, il y a une réaction péritonéale, au point de vue anatomique. Les douleurs subjectives affectent un caractère de continuité avec paroxysmes, mais il

n'y a pas de crise véritable. Comme le péritoine est touché, la malade a quelques vomissements. Les poussées fébriles accompagnent les paroxysmes douloureux, c'est une température à oscillations. Les pertes sanguines manquent souvent. Le ventre est ballonné et douloureux.

Le toucher fait percevoir une tumeur latérale, douloureuse, non mobile ; elle est fixée par des adhérences. L'utérus est un peu gros.

Quand la grossesse tubaire siège à droite, nous avons presque le tableau clinique de l'appendicite. Mais, dans l'appendicite il y a un plastron abdominal, une fièvre plus élevée, des signes généraux plus accentués, il n'y a pas de signes réflexes. Dans certains cas de coexistence de grossesse tubaire et d'appendicite (Th. de Pellet, Lyon 1908), le diagnostic est impossible.

4° RUPTURE TUBAIRE AVEC HÉMORRAGIES A RÉPÉTITION ET ENKYSTEMENT.

Cette forme est caractérisée par la répétition de petits ictus abdominaux correspondant chacun à une petite hémorragie. Chaque ictus revêt l'aspect d'une lipothymie ou d'une syncope, en même temps que la malade ressent une douleur brusque. Ces ictus sont brusques dans leur apparition et ils sont suivis d'une petite période d'accalmie.

Il y a une réaction péritonéale, vomissements, pouls rapide. Deux jours après l'ictus, la température monte, c'est une température de résorption.

Au fur et à mesure que les ictus se répètent, l'hématocèle augmente et, par le toucher, on perçoit dans le Douglas une collection dont le volume et la consistance varient avec l'ancienneté.

Cette forme clinique est la plus fréquente, elle est caractéristique ; son diagnostic est facile, lorsque l'on est aiguillé par les signes généraux de la grossesse tubaire.

5° INONDATION PÉRITONÉALE

Cette inondation péritonéale est, en général, le résultat d'une rupture de grossesse tubaire. Dans quelques cas rares, elle est produite par un avortement tubaire, Willette en a réuni vingt-deux cas dans sa thèse. Cette inondation péritonéale a une symptomatologie classique, c'est la forme cataclysmique de Barnes, c'est la douleur en coup de poignard avec sensation de déchirement ; c'est la femme qui se saigne, avec syncope, petitesse du pouls, pâleur du visage, refroidissement des extrémités, facies grippé, abaissement de température, en un mot tous les signes d'une hémorragie interne grave. Quelquefois, on peut constater de la dyspnée, des hoquets, des troubles sensoriels, vertiges, bourdonnements d'oreilles, brouillards devant les yeux.

Au moment de la crise, le toucher ne donne aucune indication, car la collection sanguine est liquide.

Willette a essayé de différencier l'inondation péritonéale par avortement, de l'inondation péritonéale par rupture. Il vient de parler du début dramatique de la rupture, et il ajoute : « Tout autre est le tableau dans le cas d'avortement : toujours à cause de la jeunesse ordinaire de la grossesse, l'œuf, la plupart du temps, s'est décollé silencieusement et le sang se met à couler goutte à goutte par le pavillon non moins en silence. Il en résulte qu'avant les accidents graves, qui forcément nous mettront en garde, il existe ordinaire-

ment une sorte de période prodromique, mais pendant laquelle l'attention n'est pas éveillée au moins au début. La femme en effet, commence seulement par se sentir mal à l'aise. C'est un malaise indéfinissable : un peu d'écœurement, de lourdeur de tête et de pesanteur abdominale... » Ce n'est que plus tard, parfois au bout de 24 heures, qu'elle tomberait en syncope et éprouverait une douleur nette.

On doit faire le diagnostic avec les ruptures d'organes abdominaux, les appendicites suraiguës, la torsion des kystes de l'ovaire. Il faudra toujours se reporter à l'anamnèse de la malade.

CHAPITRE II

Interruption de la Grossesse tubaire

I

Pathogénie

L'arrêt d'évolution de la grossesse tubaire est sous la dépendance directe de l'activité térébrante des villosités choriales. Les vaisseaux de la trompé sont détruits, une hémorragie intratubaire se produit ; c'est ce que Couvelaire a appelé l'apoplexie ovulaire.

D'autres causes d'apoplexie ovulaire ont été données. Pour Pilliet et pour Cestan, cette apoplexie ovulaire serait la résultante d'une véritable hypotrophie de l'œuf. « Les villosités placentaires s'atrophient, leurs arborisations diminuent, leur axe reste grêle ; la plupart subissent la transformation myxomateuse qui les fait ressembler aux vésicules hydropiques des môles hydatiformes de l'utérus. A mesure qu'elles s'atrophient, les vaisseaux maternels se débouchent, et à chaque poussée conjonctive, soit menstruelle, soit fonctionnelle de l'utérus et de la trompe, il se fait une hémorragie en nappe entre le placenta et la paroi tubaire. » (Pilliet).

Aschoff fait intervenir comme cause de l'apoplexie ovulaire une fragilité vasculaire spéciale. Les vaisseaux de la trompe ne sont pas disposés, comme ceux de l'utérus, en hélice, ils sont plus droits, ils sont plus courts, et par conséquent, ils ne peuvent suivre l'expansion tubaire sans subir d'importants désordres anatomiques. Ils se rompent, l'apoplexie ovulaire est créée.

Willette montre que cette fragilité vasculaire est surtout sous la dépendance d'inflammations des organes génitaux ou d'ovaires kystiques. Ce sont des vaisseaux néoformés qui se rompent.

Ces hémorragies peuvent être extraovulaires ou intra-ovulaires. C'est l'œuf vivant qui est décollé par l'hémorragie extraovulaire, tandis que dans l'hémorragie intra-ovulaire, au contraire, il y a d'abord mort de l'œuf.

Comme conséquence de cette mort de l'œuf, nous avons l'atrophie des villosités, et dans la suite la béance des sinus placentaires. Ici, l'hémorragie n'est plus la cause, mais elle est la résultante de la mort de l'œuf.

Cette hémorragie intratubaire est surtout l'apanage des grosseurs ampullaires (Taylor, Doléris, Pinard, Couvelaire). Elle peut se terminer par avortement tubo-abdominal si la grossesse est jeune, parce que l'union entre la muqueuse tubaire et les villosités est encore peu intime, que la trompe est encore peu distendue et que l'orifice abdominal tubaire est ouvert.

L'apoplexie ovulaire amène le décollement de l'œuf et l'ouverture des sinus placentaires. Si l'ostium abdominal se ferme, la trompe se laissera distendre par une hémorragie passive ; elle pourra atteindre un volume énorme.

L'action destructrice des villosités choriales, poussée à un degré plus avancé, produit la rupture tubaire.

Il y a des causes prédisposantes : congestives, au moment des règles, traumatiques, au moment du toucher ; mais les causes réelles de la rupture, comme celles de l'hémorragie intratubaire, sont d'ordre histologique. Les villosités choriales rongent les parois tubaires « dans le point où se fait la greffe de l'œuf, les vrilles de l'ectoplacenta détruisent les franges de la trompe. Elles les corrodent et pénètrent dans le chorion à la recherche des vaisseaux maternels. Elles ne peuvent rencontrer les sinus qui n'existent que dans l'utérus, mais pourtant les vaisseaux de la trompe subissent une dilatation considérable au voisinage du point atteint. C'est ce qui explique la présence des plexus veineux de la trompe si dilatés dans ces cas... Les franges étant détruites, et le chorion remplacé par les villosités de l'ectoplacenta, la trompe se trouve fatalement très amincie au point de la greffe. » (Pilliet). La prolifération des cellules ectoblastiques ou trophoblastes est la cause de la destruction des tissus maternels avec lesquels ils sont en contact, c'est-à-dire la couche musculaire de la trompe. Ces trophoblastes attaquent les parois vasculaires et une hémorragie sérieuse peut se produire à la suite de la destruction d'une partie de la paroi d'un vaisseau. C'est une *hémorragie active*. Les fibres musculaires sont détruites au niveau de l'insertion de l'œuf, cette partie ne pourra pas se contracter, elle est plus faible, elle se rupturera.

La rupture de la trompe, dans l'immense majorité des cas, a donc lieu au niveau de la zone d'insertion de l'œuf. Si cette insertion placentaire est du côté du bord libre du ligament large, le sang se répand librement dans l'abdomen ; si elle est du côté de la base du ligament large, il se produira une hématocele extrapéritonéale.

La rupture se produit toujours d'après Fehling lorsque l'œuf est vivant ; généralement elle tue l'embryon ou le fœtus ; on a signalé des cas où après la rupture il y eut continuation de la grossesse, le fœtus étant relié au placenta qui avait conservé ses adhérences tubaires. Pinard en a cité des observations.

Les grossesses isthmiques sont vouées à la rupture précoce (Mandl et Schmidt). Couvelaire a résumé ainsi les caractères des grossesses isthmiques : apoplexie ovulaire précoce s'accompagnant de rupture primaire intrapéritonéale du sac et d'hémorragie diffuse. Cela proviendrait probablement : du calibre réduit de la trompe à ce niveau, l'œuf se greffant sur toute l'étendue de la paroi, du peu d'extensibilité de la portion isthmique, de l'absence d'un ostium qui sert de soupape de sûreté.

En général c'est pendant le 2^e mois que les grossesses tubaires s'interrompent.

AGE D'INTERRUPTION DE LA GROSSESSE, SANS QUE LA CAUSE
SOIT INDICUÉE (in th. d'Aguinet)

Statistiques données par Clarence Webster

Henning sur 95 cas, a constaté 68 fois l'interruption dans les premiers mois : 5 fois au 1^{er}, 22 fois au 2^e, 18 fois au 3^e, 23 fois au 4^e.

Von Schrenk, sur 141 cas, a vu l'interruption 120 fois dans les 1^{ers} mois : 13 fois au 1^{er}, 67 fois au 2^e, 28 fois au 3^e, 12 fois au 4^e.

Schaula, sur 87 cas, a vu l'interruption survenir 77 fois dans les 1^{ers} mois : 15 fois au 1^{er}, 29 fois au 2^e, 23 fois au 3^e, 10 fois au 4^e.

Machenrodl répartit ainsi 38 cas d'interruption dans les 1^{ers} mois : 6 fois au 1^{er}, 23 fois au 2^e, 5 fois au 3^e, 4 fois au 4^e.

Au total : sur 361 grossesses interrompues : 303 l'ont été dans les 4 premiers mois, 39 au 1^{er}, 141 au 2^e, 74 au 3^e, 49 au 4^e.

II

Transformations anatomo-pathologiques d'un œuf mort

Une fois l'œuf mort, que devient-il ?

DISSOLUTION. — Quand la mort frappe l'embryon pendant la première phase de la vie, phase de formation, le phénomène que l'on observe le plus souvent est la dissolution de l'œuf. Cette dissolution est possible à cause de la constitution chimique particulière de l'embryon à cette période. *Fehling* a fait des analyses d'embryons de deux mois et en a fait connaître la nature des éléments constitutants. À 2 mois le corps de l'embryon est aussi riche en eau que la lymphe, plus riche que le sang et que le lait. Dans une analyse d'un embryon de six semaines *Fehling* a trouvé 97,54 p. 100 d'eau du poids total. Cette constitution chimique explique la facilité de dissolution de l'embryon.

Le liquide amniotique ne reste plus limpide et citrin, il perd ses caractères physiques normaux et prend l'apparence d'une émulsion plus ou moins louche, plus ou moins laiteuse. Puis ce liquide même se résorbe de plus en plus, la cavité amniotique se réduit d'autant. La pièce de l'observation IX en est un bel exemple. Au centre d'un caillot intratubaire gros comme une noix on remarque une cavité amniotique gondolée sans trace d'embryon.

« Quand le fœtus a disparu, la cavité amniotique peut persister sous la forme d'une fente allongée, à parois lisses, avec ou sans liquide, occupant le centre d'un caillot volumineux qu'il faut sectionner méthodiquement pour la trouver. C'est qu'alors les ramifications des villosités ont disparu, que leur transformation fibreuse est très accentuée et que les lacs sanguins débarrassés des cotylédons placentaires qui les obstruaient ont donné lieu chacun à des hémorragies successives qui les ont fusionnés entre eux et qui ont interposé un caillot presque pur entre les débris du placenta refoulé et la paroi de la trompe. » (Pilliet).

A un 2^e stade, la cavité amniotique n'existe plus, la poche tubaire s'est encore réduite, elle ne contient plus qu'un vieux caillot sanguin en voie de désagrégation, plus ou moins décoloré, plus ou moins rouillé (Obs. VI et VII). Comment reconnaître dans ces vestiges, les reliquats d'une môle tubaire ? Au point de vue grossier, on a dit que ce caillot était très adhérent à la paroi tubaire, mais pour affirmer qu'il est un reste d'une régression ovulaire il est nécessaire de faire un examen microscopique pour constater la présence de villosités chorales.

« Sur les limites des coupes il persiste certaines des modifications de la trompe ; les franges de la muqueuse revêtues de leur épithélium s'interrompent brusquement et la paroi tubaire est amincie. Si l'on fait des coupes intéressant à la fois le caillot et la trompe, on voit sur certaines préparations les villosités chorales séparées de la paroi interne de la trompe par des hémorragies interstitielles. Il y a des régions qui sont d'autant plus étendues que l'on s'éloigne davantage de la paroi où les préparations

apparaissent comme découpées en ilots irréguliers. Ces ilots sont circonscrits par des bandes conjonctives extrêmement grêles et contiennent du sang à divers états de régression. De place en place on voit encore une villosité en général volumineuse, arrondie, sans bourgeonnements latéraux et qui doit représenter l'axe d'une végétation placentaire dont les bourgeons ont disparu. Elle ne contient plus de vaisseaux perméables ». (Pilliet)

A un 3^e stade des modifications encore plus importantes sont survenues. Il n'y a plus de caillots et les villosités choriales ont totalement disparu. Macroscopiquement il ne reste rien de la grossesse ectopique antérieure. C'est dans ces cas que l'on peut parler de *restitutio ad integrum*. Mais au microscope, on constate que la paroi tubaire ne présente ni glandes ni épithélium et dans le chorion on remarque de nombreuses cellules chargées de pigments jaunes, débris d'hémoglobine, seuls restes d'une grossesse ectopique.

MOMIFICATION; MACÉRATION. — Après la dixième semaine, l'embryon est assez bien développé, le système squelettique est assez résistant pour laisser des traces visibles en cas de mort (Lempereur). La résistance de la peau est plus grande, la charpente osseuse est plus solide; la liquéfaction des tissus dans le liquide amniotique est impossible. Il y aura un flétrissement, un raccornissement, un dessèchement de tous les tissus et par conséquent une réduction proportionnelle de toutes les parties. C'est une véritable concentration de tous les tissus. Cette momification dans la grossesse tubaire est identique à la momification dans la grossesse normale. Il en est de même de la macération fœtale que nous ne ferons simplement que signaler.

DÉGÉNÉRESCENCE APODICIREUSE ; LITHOPÉDION. — Dans certains cas rares, les parties molles du fœtus peuvent subir la dégénérescence grasseuse (adipocire) et ces mêmes parties molles ainsi transformées peuvent encore se résorber et se charger de dépôts calcaires. Cette calcification donne naissance aux lithopédions. Nous n'insisterons pas sur ces différentes transformations dont la nature nous est presque totalement inconnue. Reproduisons seulement la classification qu'a donnée Küchenmeister des lithopédions. Küchenmeister admet que la calcification se fait de trois façons différentes :

a) Dans les parois de la poche fœtale, le fœtus momifié peut facilement être enlevé des membranes calcifiées, c'est le lithokeliphos ;

b) Dans les couches superficielles du fœtus, le fœtus est adhérent à certaines parties des membranes, c'est le lithokeliphopédion ;

c) Dans le fœtus, qui est ainsi transformé en un bloc de pierre ; le fœtus s'échappe de ses membranes, tombe dans la cavité péritonéale et s'incruste de sels calcaires.

La rétention du kyste fœtal peut durer plusieurs années sans produire de complications. Sappey et Küchenmeister ont cité deux observations où la rétention dura 56 et 57 ans : Fales, 30 ans ; Keitler, 22 ans ; Bégouin, 21 ans ; Stankiewicz, 18 ans ; Currier, 14 ans ; Poroshine, 13 ans ; Ornelas, 10 ans ; Durand et Laroyenne, 11 mois ; Croisier, 8 mois.

III

Le Placenta après la mort du fœtus

Nous avons vu, dans le paragraphe précédent, que d'après Pilliet, jusqu'à la 10^e semaine, les annexes de l'œuf, de même que l'embryon, pouvaient subir une dissolution et une résorption complète. Mais plus tard, lorsque le fœtus meurt à partir du troisième mois, que devient le placenta ? Cette question a soulevé de nombreuses controverses.

Les uns avec L. Tait, Thorton, Alban Doran, Blansuthon, Barbour, Gubb, soutiennent que le placenta continue à s'accroître après la mort du fœtus. Dans une observation, Jones Hlandsfield a signalé, après la mort du fœtus, la présence dans le corps même du placenta de grosses veines dont la principale aboutissait à la veine cave inférieure ; le réseau vasculaire avait conservé toute sa vitalité.

Cullingworth a observé un placenta d'où partaient plusieurs veines en communication avec les veines iliaques.

Mais c'est surtout Gubb qui soutient la croissance du placenta après la mort du fœtus. Il en fait le sujet de sa thèse : « Quand la mort du fœtus, dit-il, survient à une époque peu avancée de la gestation, la dévascularisation et la dégénérescence du placenta peuvent très bien ne pas se produire et ce dernier continuer à se développer. La possibilité de cette survie du placenta est de la plus haute importance, car en présence d'une telle complication, quelque peu fréquente qu'elle soit, la marche à suivre ne manquerait pas d'être profondément modifiée ».

Il cite le cas d'un kyste où on distingue très nettement un placenta de 3 à 4 mois sans trace d'embryon. L. Tait rapporte une observation où le placenta était celui d'une grossesse de 4 mois et où le fœtus avait à peine 7 centimètres. Donc d'après ces auteurs, le placenta s'accroît après la mort du fœtus. Quelle en sera la conséquence? Cette survie du placenta sera une cause d'hémorragies et par conséquent une menace de rupture pour le kyste.

Malgré ces faits, la théorie de l'accroissement du placenta, après la mort de l'œuf, n'est généralement pas admise. Les conclusions des recherches de Berry Hart, Griffith, Honock, Gauthier y sont tout à fait opposées. Il se produit après la mort du fœtus, un ratatinement, un dessèchement, une dévascularisation de l'organe qui aboutissent à ce que Lescuyer a appelé la *momification du placenta*. Après la mort du fœtus le placenta est devenu un organe inutile, il entre donc en voie de régression, le tissu conjonctif se développe, envahit peu à peu tout l'organe, les capillaires s'oblitérent, les villosités s'atrophient, des infarctus se produisent, c'est le *placenta hépatisé* de Litzmann. Des hémorragies pourront bien se produire, comme l'ont noté L. Tait et Gubb, mais elles ne sont qu'une résultante du décollement et de la régression placentaire. S'il y a quelquefois une augmentation de l'organe, cette augmentation ne tient aucunement à une prolifération des cellules chorales, mais à la formation de tissu conjonctif et à la production d'hémorragies successives. Le placenta après la mort du fœtus peut végéter, mais il n'est pas vivant, les trophoblastes ne peuvent plus corroder la musculature de la trompe, détruire des vaisseaux, produire des hémorragies actives ;

il n'y aura que des *hémorragies passives*, conséquence de la mort du placenta.

IV

Complications infectieuses de l'œuf mort

Lorsque l'œuf est mort, il n'y a plus grossesse, il y a rétention du kyste fœtal. Les accidents redoutables qui menacent la grossesse ectopique vivante sont désormais supprimés et l'on peut espérer la transformation du kyste fœtal. Mais ce corps étranger peut ne pas rester aseptique. Contrairement à ce qui se passe dans la grossesse utérine, où la rétention d'un fœtus mort ne s'accompagne jamais d'accidents infectieux tant que les membranes sont intactes, la putréfaction est très fréquente dans les kystes ectopiques. Des complications graves peuvent survenir soit peu de temps après la mort de l'œuf, quelques mois à peine, soit au contraire au bout de plusieurs années, 20 et 30 ans, à une époque où tout danger semblait irrémédiablement écarté.

Quelles sont les causes de cette putréfaction du kyste fœtal ?

Selon Gaillard et Thomas, le fœtus provoque de la suppuration en agissant à la manière d'un corps étranger. Ce n'est pas là une explication ; d'où vient le microbe ?

On a surtout invoqué le voisinage de l'intestin à cause des matières fermentescibles et des nombreux microbes qu'il renferme ; les agents de la putréfaction passeraient facilement à travers la mince paroi kystique (Gaz. méd. de Paris. Art. Fœtus).

Debary dans sa thèse cite deux observations, une de L. Tait et une de Zajajitsky où il considère l'utérus comme une source d'infection.

Les nombreuses maladies générales infectieuses peuvent être aussi des sources d'infection par suite de microbes divers amenés au kyste par la circulation, staphylocoques, streptocoques, microbes pyogènes, etc.,.

L'infection n'est pas toujours de voisinage ou de cause générale, et elle peut s'expliquer dans quelques cas par le développement de germes habitant la trompe. Ces germes ne peuvent envahir l'œuf vivant, mais se développent aisément sur l'œuf mort. Cette hypothèse de germes habitant la trompe est très plausible si l'on tient compte de cette donnée clinique (Paquy), que les trompes qui sont le siège de grossesse ectopique, ont souvent présenté antérieurement des phénomènes de salpingite, donc d'infection. Ces germes restés latents ne pourraient-ils pas se réveiller à un moment donné ? Cette conception nous semble être plus simple que les autres.

Des adhérences se forment entre le kyste fœtal et les organes voisins. C'est un travail inflammatoire lent qui a pour résultante une solidarité pathologique des organes-pelviens avec le kyste putréfié. Les parois du kyste putréfié s'amincissent de plus en plus par suite d'un processus ulcératif, elles cèderont en un point et de ce fait sera créée une communication du kyste avec l'extérieur à travers la paroi abdominale ou avec un organe pelvien cavitaire. Les différentes voies d'ouverture sont par ordre de fréquence : l'intestin, la paroi abdominale antérieure, le péritoine, la vessie, le vagin. Les statistiques de Parry, de Cauwenberghe, de Matteï, que l'on trouve rapportées par

Pinard dans le Dic. des Sc. Méd., par Debay dans sa thèse, appartiennent à la thérapeutique gynécologique ancienne. Aujourd'hui ces faits sont rares. A notre connaissance, le dernier cas publié est celui de Guisy (d'Athènes) relatif à l'ouverture d'un kyste fœtal dans une vessie.

Une observation de M. Albertin a trait à une malade de 50 ans qui entra dans le service et y mourut le lendemain avec des phénomènes de péritonite aiguë. La nécropsie montra qu'il s'agissait d'un kyste fœtal plus ou moins momifié, contenant un fœtus, perforé en plusieurs points et ayant été le point de départ des accidents infectieux rapidement mortels. Ce kyste fœtal avait été bien toléré pendant 10, 15, 20 ans peut-être.

CHAPITRE III

Comment les phénomènes anatomiques de la mort de l'œuf retentissent sur la symptomatologie de la grossesse tubaire.

Dans ce chapitre nous allons reprendre les différentes formes anatomo-cliniques et essayer de déterminer les modifications qu'apporte la mort de l'œuf à la symptomatologie de la grossesse tubaire en évolution. En tête de chaque forme nous placerons quelques observations.

I^o GROSSESSE TUBAIRE AVEC TROMPE LIBRE

OBSERVATION I

Laparotomie, 5 février 1909. — Salpingectomie gauche.

D... 30 ans, a été réglée normalement en fin septembre 1908. *En octobre, les règles ont été un peu moins abondantes, en novembre elles ont totalement disparu. Les troubles réflexes de la grossesse, malaises, vomissements, dégoûts pour certains aliments, ont commencé à se montrer vers le 4 ou 5 novembre et à ce moment aussi il y a eu une congestion des seins qui sont devenus un peu douloureux.*

Ces malaises ont persisté 2 mois : les vomissements ont cessé vers le 4 ou 5 janvier, en même temps que les seins se ramollissaient. Les goûts bizarres ont progressivement disparu.

Jusqu'au début de janvier, le ventre était lourd, la marche un peu pénible, il y avait des phénomènes de turgescence pelvienne. Depuis le 3 ou 4 janvier le ventre au contraire est devenu moins lourd, la marche facile ; la malade ne s'est jamais plaint d'aucune douleur dans le ventre. A cette même date, 3 ou 4 janvier, la malade a marqué légèrement sa chemise et le bien-être est venu immédiatement après.

Toucher : masse rénitente dans le cul de sac gauche, de la grosseur du poing, mobile. L'utérus a son volume normal.

Intervention 5 février 1909. Laparotomie. — On tombe sur une grossesse tubaire gauche du volume d'une aubergine. Par le pavillon sortent quelques caillots ; il y a une menace d'avortement tubaire. La trompe est distendue, non rompue ; il n'y a pas d'adhérences péritonéales si ce n'est au niveau du pavillon qui est au fond du Douglas. On fait une castration unilatérale gauche. — Suites opératoires simples. — Guérison.

En examinant la pièce on se rend compte qu'il y a une menace d'expulsion fœtale par le pavillon de la trompe. La tête fœtale se présente à l'ostium abdominal. On extrait le fœtus par le pavillon de la trompe dilaté. Ce fœtus est macéré, il a 10 cm. de long, il est encore relié par son cordon au placenta qui est resté dans la trompe. Cette belle pièce anatomique représentée sur la planche III est conservée au musée de M. le Dr Albertin.



DISTENSION DE LA TROMPE SANS RUPTURE — LE FOETUS MACÉRÉ
A ÉTÉ ATTIRÉ HORS DE LA TROMPE

Cette observation est très nette et elle peut être divisée en deux parties. La 1^{re} période va du mois d'octobre 1908 au 3-4 janvier 1909, elle correspond à une grossesse extra utérine vivante que nous avons décrite sous le nom de grossesse tubaire avec trompe libre, la malade se croit enceinte. Puis brusquement à partir du 3-4 janvier 1909 tous ces signes sympathiques disparaissent, les seins se ramollissent, la malade n'éprouve plus aucun malaise, elle ne s'est jamais aussi bien portée. Donc dans cette forme il n'y a pas de douleurs, pas d'hémorragies, il y a simplement des signes réflexes, c'est le 1^{er} cycle; puis dans un 2^o cycle tous ces symptômes disparaissent, la santé est parfaite.

Le diagnostic de la mort de l'œuf repose presque uniquement sur la disparition des signes réflexes. Nous croyons que ces signes réflexes sont aussi fréquents dans la grossesse ectopique que dans la grossesse normale. Ils sont signalés dans presque toutes nos observations. Il faudra donc les rechercher très minutieusement et si on en constate la disparition, si d'autre part on a reconnu une tumeur latéro-utérine, on pourra penser à une mort de l'œuf.

Le diagnostic de cette forme est difficile. Les petites tumeurs de l'ovaire présentent les mêmes signes physiques, mais dans l'interrogatoire de la malade on ne relève ni suppression de règles, ni troubles réflexes.

On pourra confondre avec une trompe gravide un hydrosalpinx, un pyosalpinx refroidi. C'est encore les anamnétiques qui nous donneront les meilleurs renseignements, pertes blanches, douleurs. Mais c'est surtout l'absence des signes réflexes de la grossesse qui nous fera faire de même le diagnostic avec un abcès froid tubaire, car les signes physiques sont sensiblement les mêmes.

Un petit fibrome de la corne utérine pourrait encore en imposer pour une trompe gravide, mais il est rare qu'il soit régulièrement arrondi, qu'il ne présente pas quelques saillies et qu'il ne s'accompagne pas d'hémorragie.

2° GROSSESSE TUBAIRE AVEC HÉMORRAGIE INTRATUBAIRE
SANS FISSURATION

OBSERVATION II

V... Jeanne, 35 ans. 1902, hématoçèle, salpingectomie gauche ; 28 juin 1906, grossesse tubaire, salpingectomie droite.

Mariée depuis 12 ans, elle n'a jamais eu d'accouchement ni de fausse couche.

Pas de pertes blanches.

Réglée à 17 ans régulièrement.

En 1902, la malade a été opérée par M. Bérard d'une hématoçèle.

Les dernières règles datent du 18 avril 1906. Elles ont manqué au mois de mai et au mois de juin. Pendant ces deux mois la malade eut des picotements et du gonflement des seins, en même temps que se manifestaient quelques modifications de l'appétit.

Elle vient à la Charité le 28 juin 1906 parce qu'elle éprouve quelques tiraillements dans la fosse iliaque droite et pour demander si elle est enceinte.

Elle entre dans le service du docteur Albertin et 2 jours après son entrée, le 30 juin, elle présente des pertes jus de pruneau avec douleurs abdominales surtout dans la fosse iliaque droite.

Le 1^{er} juillet, la malade a quelques douleurs. Elle perd un peu de sang et le *lendemain matin expulse une membrane. Puis les douleurs diminuent.*

Intervention, 11 juillet 1906. Laparotomie. On trouve la trompe droite du volume d'un œuf de poule, violacée, nettement le siège d'une grossesse tubaire. Un peu de sang est épanché dans le Douglas.

Du côté gauche on trouve seulement un tronçon de trompe, reste de la salpingectomie de M. Bérard.

On rompt quelques adhérences de l'S iliaque, on fait l'ablation de la trompe droite.

Du même côté droit, on raccourcit le ligament rond de façon à maintenir l'utérus en bonne position.

Réfection de la paroi par une suture en trois plans. Suites opératoires simples. Guérison. La malade sort le 31 juillet 1906.

L'examen de la pièce sur une coupe, après durcissement, montre une cavité amniotique très nette contenant des débris d'un tout petit embryon. Entre la paroi tubaire et la cavité embryonnaire existent des hémorragies très visibles. Cette pièce est conservée au musée de M. Albertin.

OBSERVATION III (inédite)

P... Antoinette, 29 ans. Grossesse tubaire. Laparotomie, 27 décembre 1909. Salpingectomie droite. Ablation de l'ovaire gauche kystique.

Entrée le 23 décembre 1909.

Pas d'accouchement. Pas de fausse couche. Pas de maladie antérieure.

Réglée à 16 ans $\frac{1}{2}$ régulièrement. Pertes blanches entre les règles.

La malade a eu ses dernières règles le 15 novembre 1909, elles ont duré 5 jours, interruption de 3 jours et reprise des pertes, continuelles depuis lors ; pertes abondantes, couleur « jus de pruneau », odorantes, empesant plus ou moins le linge.

Douleurs très vives dans l'abdomen, s'irradiant dans les reins ; la malade avait l'impression que son ventre tombait et elle était obligée de rester au lit.

Depuis son entrée, atténuation des symptômes douloureux et diminution des pertes,

Selles pénibles et espacées depuis le 15 novembre 1909.

Mictions régulières jusqu'au 20 décembre, actuellement ces mictions sont accompagnées surtout vers la fin de douleurs très vives.

Toucher : Masse bosselée dans les culs-de-sac latéral gauche et postérieur, nettement indépendante de l'utérus, de consistance rénitente, légèrement douloureuse. Le cul-de-sac latéral droit est empâté et un peu douloureux.

Intervention, 27 décembre 1909. A l'ouverture de l'abdomen on se trouve en présence d'une hématocele occupant le petit bassin dans sa totalité. Le péritoine vésical s'est accolé au péritoine de l'S iliaque. Après avoir enlevé les caillots on trouve à gauche une trompe gravide peu volumineuse. L'œuf un peu plus gros qu'une noix est fixé dans le tiers externe de la trompe. Celle-ci n'est pas fissurée, l'hémorragie s'est faite par l'orifice externe du pavillon. On fait de ce côté une salpingectomie en laissant l'ovaire en place. Du côté gauche, gros ovaire kystique dont on fait l'ablation sans toucher à la trompe. Pas de drainage. La dilatation tubaire ne contient que du sang.

La malade sort guérie le 15 janvier 1910.

OBSERVATION IV

B... Victorine, 35 ans $\frac{1}{2}$. Grossesse tubaire. Laparotomie 2 février 1908. Castration totale par hystérectomie subtotale.

Entrée dans le service du docteur Albertin le 29 janvier 1908.

Accouchement normal il y a 12 ans. Pas de fausse couche. Pas de maladie antérieure. Réglée régulièrement. *En décembre 1907 les règles manquent.* Le 20 coliques abdominales très douloureuses avec pertes caractéristiques. Le 22, à la foire de Coligny, la malade a une syncope. *Puis ces douleurs s'apaisent.* Mais elle ne va que très difficilement à la selle et grâce à des lavements.

L'utérus est légèrement augmenté de volume avec un col

entr'ouvert, mobile. Il est comme entouré d'une masse molle, fluctuante qui semble remonter jusqu'à la ligne bi-iliaque. Cette poche bombe dans le Douglas et dans le cul-de-sac droit; le cul-de-sac gauche est à peu près libre. C'est une volumineuse poche kystique prédominant à droite, englobant l'utérus.

Intervention 2 février 1908. Laparotomie médiane. On tombe sur une énorme trompe droite distendue, la tumeur occupe tout le côté droit du bassin et se moule sur le Douglas. Pour l'extirper on est obligé d'inciser la paroi jusqu'au-dessus de l'ombilic. Hystérectomie subtotal. Au moment de l'extirpation de la tumeur, quelques caillots s'échappent de la trompe droite, dont le pavillon se décolle légèrement; la tumeur est enlevée sans autre incident. Péritonisation. La malade sort guérie le 21 février 1908. Sur une coupe, cette trompe du volume du poing montre qu'elle n'est remplie que par du sang. Cette pièce représentée sur la planche IV est conservée au musée de M. Albertin.

OBSERVATION V (inédite)

V... Marie, 35 ans. Grossesse tubaire. Laparotomie 22 octobre 1909. Castration totale par hystérectomie subtotal.

Entrée le 31 octobre 1909.

Quatre accouchements normaux. Pas de fausse couche, pas de maladie antérieure.

Réglée à 14 ans régulièrement. Pas de pertes blanches.

Les règles du mois d'août 1909 ont été moins abondantes que normalement. *Pas de règles au mois de septembre.* Mais dans le courant du mois, la malade a été prise d'une hémorragie très abondante avec douleurs abdominales très violentes que la malade compare aux douleurs de l'accouchement.

Depuis les pertes sont moins abondantes, de couleur chocolat. Les douleurs abdominales ont disparu.

Constipation très prononcée. Mictions normales.



DISTENSION DE TROMPE SANS RUPTURE

à droite de la figure : UTÉRUS ET ANNEXES (réduction de moitié)

Toucher : utérus augmenté de volume, le fond est légèrement basculé à droite. Dans le cul-de-sac latéral gauche et dans le Douglas, on sent une grosse masse refoulant l'utérus en avant et à droite.

22 octobre 1909. Intervention. Utérus gros. Il existe en arrière dans le Douglas, 2 grosses trompes repliées sur elles-mêmes. La gauche est plus volumineuse et de coloration brunâtre. A son pourtour existent quelques caillots adhérents au Douglas. La trompe droite est contournée sur elle-même et l'on se demande si l'on n'a pas affaire à une grossesse bilatérale.

Décortication des trompes. Hystérectomie subtotale. La pièce enlevée montre qu'une seule trompe est gravide, l'autre est un hydrosalpinx. Péritonisation. Pas de drainage. La trompe gravide ne contient que du sang. Pièce du musée de M. Albertin.

Ces observations montrent que la mort de l'œuf dans la grossesse tubaire avec hémorragie intratubaire sans fissuration, est précédée d'une période mouvementée. Cette période prodromique est caractérisée par deux grands symptômes, les douleurs et les hémorragies. Les douleurs sont coliqueuses, la malade de l'observation V les compare aux douleurs de l'accouchement. Elles résultent de la contraction de la trompe sur son contenu pour l'évacuer au dehors. Le décollement de l'œuf et des hémorragies successives se produisent peu à peu. Ces douleurs correspondent à la période d'agonie de l'œuf. Cette période a une durée variable qu'il est assez difficile de préciser ; dans l'observation IV, elle dure deux jours, du 20 au 23 décembre ; dans l'observation II, elle dure quatre jours, du 28 juin au 1^{er} juillet.

Puis, après cette période orageuse, survient une période

d'accalmie. Les douleurs s'apaisent, observations (II, III, IV), ou disparaissent, (observation V). Les pertes sanguines caractéristiques diminuent, (observations III, V), mais on ne constate que très rarement leur disparition intégrale.

Cette période d'accalmie semble bien correspondre à la mort de l'œuf. Dans l'observation IV, la malade est enceinte de un mois environ au moment de la crise, elle n'est opérée que quarante jours après. Or, à la laparotomie, on trouve une volumineuse trompe grosse comme un poing, non fissurée. A la coupe, après durcissement, on ne constate qu'un énorme caillot organisé sans traces même de cavité amniotique. L'œuf est mort après la crise et des hémorragies intratubaires se sont produites, amenant cette énorme distension de la trompe sans fissuration.

D'après Muret, quand l'hémorragie intratubaire cesse, c'est qu'il y a eu avortement complet. « Lorsque l'œuf a été expulsé en totalité de l'utérus, l'hémorragie cesse, l'utérus revient sur lui-même et tout rentre dans l'ordre; lorsque l'œuf est expulsé en entier dans la cavité abdominale à travers l'orifice abdominal de la trompe gravide, il se forme une hématocele qui se résorbe et disparaît ou bien persiste sans augmenter de volume et tout est fini. Si l'avortement utérin est complet ou prolongé, c'est-à-dire, si l'œuf n'a été expulsé qu'en partie, les pertes de sang continuent jusqu'au moment où les restes de l'œuf, l'œuf dégénéré transformé en môle ou le polype placentaire, ont été enlevés ou expulsés. De même, si l'œuf n'a été expulsé que partiellement de la trompe gravide, s'il est resté dans cet organe un caillot de sang analogue à un polype placentaire, des débris de l'œuf ou enfin un œuf

dégénéré, une môle tubaire, l'hémorragie continue, mais au lieu de s'écouler dans le vagin, le sang s'écoule dans la cavité abdominale à travers l'infundibulum ouvert et l'hématocèle s'agrandit et augmente de volume. » Au point de vue symptomatique, dans l'avortement tubaire complet, il y a des douleurs tubaires caractérisées par un seul accès et la formation d'une tumeur qui diminue de volume et se résorbe. Dans l'avortement tubaire incomplet, il y a des douleurs tubaires à répétition et une hématocèle qui augmente progressivement de volume. Muret admet, d'autre part, qu'il existe des avortements incomplets où la môle tubaire entre en régression et où se produit la *restitutio ad integrum*. Cette distinction entre avortement tubaire complet et incomplet est d'ailleurs bien sujette à discussion. Orthmann fait remarquer que le mot de môle tubaire ne peut s'appliquer à un caillot hémorragique avec quelques villosités choriales et que ces faits rentrent dans le cas d'avortement tubaire complet. Willette et Bazy notent que tout avortement tubaire, complet au point de vue clinique, est forcément incomplet au point de vue histologique ; il reste toujours des villosités choriales dans la trompe.

Lejars (*Semaine médicale*, 13 juillet 1910, p. 326), insiste aussi sur l'expulsion incomplète du contenu tubaire et sur les hémorragies qui en sont la conséquence lorsqu'il s'agit d'avortements précoces, et lorsque la nodosité tubaire petite est mal perceptible à l'examen. « Ces trompes saignent comme l'utérus saigne après la fausse couche vulgaire, tant que la cavité n'a pas été débarrassée des débris placentaires retenus. » Ces avortements tubaires sont très souvent confondus avec des avortements

utérins; comme les hémorragies persistent, on conclut à la rétention et on pratique un curettage toujours sans succès, car il s'agit ici d'une salpingite hémorragique.

Une fois que cette crise est passée, que tout est rentré dans l'ordre, que l'œuf est mort, que reste-t-il et comment peut se traduire au bout de quelques mois, cette fausse couche tubaire?

Un peu de sang s'est épanché dans le bassin, quelquefois même tout le délivre tubaire; des adhérences se créent tout autour de cette masse, on a ainsi une hématocele enkystée. Ces hématoceles par avortement se développent latéralement et sont en général de volume restreint, bien que Villette ait rapporté dans sa thèse des cas d'inondation péritonéale sans rupture de la trompe. Ce sont là des cas exceptionnels. Ces hématoceles peuvent être très petites ou bien parce que le suintement sanguin a été peu abondant, ou bien parce qu'une partie s'est déjà résorbée. Lejars cite le cas d'une femme de 28 ans chez laquelle il découvrit un petit kyste sanguin appendu au pavillon de la trompe. C'était un reste d'hématome pelvien post-partum, les adhérences périannexielles, l'occlusion du pavillon témoignaient d'un processus réactionnel ancien.

Ces petits foyers sanguins peuvent suppurer et rendre encore le diagnostic beaucoup plus difficile si l'on ne fait pas une minutieuse enquête du passé.

La rétention tubaire peut se faire dans une trompe fermée: il y a une hémorragie intratubaire, mais le kyste gravidique reste clos, il se condense, s'indure, quelquefois se résorbe. Mais il ne faut guère compter sur cette évolution, même pour les formes les plus bénignes, les plus atténuées et souvent la suppuration ou des adhérences douloureuses ultérieures commandent une intervention.

En résumé, cette forme présente deux périodes très distinctes. Une première où l'on relève les signes sympathiques de la grossesse avec deux grands symptômes prédominants, les pertes rouges caractéristiques et les douleurs coliqueuses violentes. Les pertes brun chocolat et les signes réflexes nous serviront à éliminer les kystes de l'ovaire et les hydrosalpinx tordus. Au point de vue anatomique, la trompe est distendue, un peu de sang est épanché.

Dans une deuxième période, la trompe revient sur elle-même ; le sang se résorbe, les douleurs diminuent ou disparaissent, les pertes sanguines diminuent ; une période d'accalmie s'installe jusqu'à ce que ces reliquats d'avortement tubaire produisent des phénomènes d'adhérences ou de suppuration.

3° GROSSESSE TUBAIRE AVEC TROMPE CLOSE EN VOIE DE FISSURATION SOUS-PÉRITONÉALE

OBSERVATION VI

M..., 23 ans, entre dans le service du docteur Albertin le 18 juin 1906. Pas d'accouchement, pas de fausses couches.

Les règles ont toujours été régulières, un peu douloureuses. Quelques pertes blanches.

Les dernières règles datent du 28 janvier 1906, puis il y eut une interruption de 2 mois et demi. Pendant ces 2 mois et demi, la malade avait des nausées, du gonflement et des picotements des seins. Le lundi de Pâques, 16 avril, la malade eut, avec une petite douleur dans le bas ventre, une perte rouge qui s'arrêta par le repos au lit et quelques injections. Les signes réflexes dis-

paraissent progressivement. Tout rentre dans l'ordre, mais il subsiste une douleur dans la fosse iliaque droite.

Au toucher on constate que l'utérus est en bonne position, mobile. Dans le cul-de-sac postérieur et latéral droit on sent une masse, arrondie, assez régulière, molle, peu tendue, dont le volume difficile à apprécier paraît atteindre celui d'une orange. Cette masse se prolonge à gauche, mais on ne peut la limiter de ce côté où on ne la sent que d'une façon très peu nette.

3 juillet 1906. La malade a eu hier soir une élévation de température à 38°2 avec pouls à 120 pulsations ; le ventre est ballonné et partout douloureux. Toute la journée la malade a eu des douleurs abdominales, de la difficulté pour uriner, quelques vomissements.

L'examen est difficile. Il est impossible de déprimer le ventre, qui est douloureux. Cette réaction péritonéale se calme.

Intervention, 10 juillet 1906. Laparotomie. On trouve en arrière de l'utérus, la trompe droite de la grosseur d'un œuf de poule, absolument fixée par des adhérences. On fait l'ablation de cette trompe qui laisse une surface sur laquelle se fait un abondant suintement sanguin. Cette trompe, en voie de fissuration sous péritonéale, est remplie par un caillot sanguin. On enlève aussi la trompe gauche qui est tuméfiée et paraît fermée. On garde l'utérus. Péritonisation. Pas de drainage.

Suites simples. La malade sort guérie le 30 août 1906.

OBSERVATION VII

V... Pauline, 34 ans $\frac{1}{2}$. Grossesse tubaire. Laparotomie, 7 février 1908. Castration totale par hystérectomie subtotale. Entrée le 27 janvier 1908.

1. accouchement, il y a 1 an $\frac{1}{2}$, avec crises éclamptiques. Enfant mal conformé, mort 2 jours après sa naissance.

Réglée à 17 ans $\frac{1}{2}$ toujours régulièrement. Pas de pertes blan-

ches. Le 5 janvier 1907, *après un retard de règles de 10 jours*, la malade a une douleur syncopale, avec nausées, vomissements. Depuis des douleurs sourdes sont continues dans la fosse iliaque gauche ; elles s'irradient dans les cuisses.

Toucher : utérus, mobile, gros. On sent une petite tumeur latérale gauche empiétant sur le Douglas.

Intervention, 7 février 1908. Laparotomie. On tombe sur une grosse masse tubaire gauche, adhérente à la paroi et aux anses intestinales. Trompe gravide, fissuration sous péritonéale, le pavillon évasé est en communication avec un petit kyste hématique raisiné. La cavité tubaire est remplie par un caillot. L'ovaire du côté opposé est kystique. Castration par hystérectomie subtotale. Guérison.

De ces deux observations, la première est surtout typique. La période prodromique est complète. Tous les signes sympathiques de la grossesse existent pendant deux mois et demi, puis après une petite crise qui se manifeste simplement par une douleur abdominale vague et une métrorragie, tous les signes réflexes disparaissent. C'est la mort de l'œuf. Puis il se forme des adhérences péritonéales, une poussée douloureuse et fébrile a lieu.

Dans la deuxième observation, il n'y a pas de signes réflexes ; la douleur abdominale est vive. Dans une deuxième période qui correspond à la mort de l'œuf, elle s'apaise mais devient continu.

Dans cette forme, comme dans toutes les autres, la mort de l'œuf provoque la disparition des signes réflexes. Les métrorragies, nous le savons, existent rarement dans cette forme. La douleur abdominale s'apaise mais ne disparaît pas, car il se fait une réaction péritonéale.

4^o RUPTURE TUBAIRE AVEC HÉMORRAGIES A RÉPÉTITION
ET ENKYSTEMENT.

OBSERVATION VIII

Hématocèle rétro-utérine. Castration totale par hystérectomie subtotale. Appendicectomie, 27 septembre 1907. Guérison.

P..., 37 ans, entre dans le service de M. Albertin le 24 août 1907. Père mort subitement par rupture d'un anévrysme de l'aorte. Mère rhumatisante. Antécédents personnels : A eu un enfant il y a 9 ans, mais il est mort de bronchite à 6 mois. Pas de fausse couche. Il y a 6 ans, la malade a été obligée de garder un pessaire pendant un an pour une rétroversion.

La malade a été réglée vers 14 ans, régulièrement, avec douleurs de reins assez vives surtout les 2 ou 3 premiers jours des époques. Pas de pertes blanches abondantes.

Depuis 6 ans, la malade souffre dans le bas ventre surtout à droite de douleurs sourdes, accrues par la fatigue, calmées par le repos, plus vives au moment des règles et irradiées dans les reins et la jambe droite.

Vers le 26 juillet dernier, *après un retard de règles de 12 jours*, elle fut prise brusquement d'une douleur violente ayant déterminé une syncope, des vomissements, de la température le premier jour. La malade garda le lit pendant 11 jours, glace sur le ventre. 10 jours avant environ, elle avait eu une perte rouge avec caillots sanguins ayant duré 2 jours. Depuis elle n'a plus eu de pertes sauf le 4 août. La douleur qui s'était calmée par le repos au lit est revenue depuis le 16 août.

La malade se croyait enceinte, elle présentait les signes réflexes de la grossesse, surtout gonflement des seins.

Les digestions sont bonnes. Pas de constipation habituelle, mais pendant les 2 jours qui suivirent l'ictus abdominal, elle fut assez marquée.

Les mictions ne sont pas plus fréquentes, mais sont plus difficiles.

Pas de ballonnement du ventre; dans la région sous ombilicale on constate un peu de tension des muscles, mais pas de tumeur appréciable.

Le toucher fait sentir le Douglas et les culs-de-sac latéraux remplis par une masse rénitente, irrégulière avec saillie arrondie à droite. L'utérus est absolument immobilisé.

Diagnostic. Hématocèle retro-utérine.

Les 17 et 18 août 1907 la malade a une petite poussée thermique vers 38°2, mais cette température redescend vite à la normale. Au moment de cette poussée la malade a eu des douleurs abdominales et quelques nausées; en même temps la collection retro-utérine augmentait.

Le 27 septembre. Intervention. Après laparotomie on voit qu'il s'agit d'une grossesse extra-utérine droite. La poussée récente a laissé des adhérences filamenteuses, l'épiploon reste libre, mais l'appendice est fixé par son extrémité au pôle supérieur de la poche. On fait une appendicectomie. On essaye de cliver les annexes droites. On incise le péritoine et on le dissèque de façon à avoir un lambeau antérieur pour la péritonisation. Puis, devant la difficulté de cette libération, comme la trompe gauche est étranglée et oblitérée, on se décide pour une castration totale et on fait l'hystérectomie subtotale en commençant par la gauche. En coupant les vaisseaux utérins droits on ouvre une poche hématique et on enlève tout rapidement. Au point de vue anatomique : on a une première poche constituée par la trompe éclatée avec des débris ovulaires sur la face interne. Au dessous, se trouve l'ovaire gros comme un œuf, hémorragique; enfin au dessous, une poche hématique avec une paroi fibrineuse très épaisse. On extirpe cette poche par arrachement. On se trouve donc en présence d'une surface cruentée, dépourvue de péritoine et on discute les 2 conduites à tenir : laisser tout en cet état sans péritoniser et refermer le ventre, ou bien mettre une mèche hémostatique dans

le Douglas et péritoniser par dessus. On se décide pour cette dernière intervention. On trouve suffisamment de péritoine antérieur grâce au lambeau antérieur taillé au début, on utilise le sigmoïde et le péritoine postérieur.

Le toit péritonéal est très complet et bien étanche.

La malade sort guérie le 24 octobre 1907.

OBSERVATION 1X (inédite).

M... Péronne, 29 ans. Grossesse tubaire. Laparotomie 23 juillet 1909. Ablation de l'ovaire et de la trompe droite.

Entrée le 29 juillet 1909.

2 enfants. Pas de fausses couches.

Réglée à 14 ans régulièrement.

En 1904, est elle soignée pour métrite, elle avait des pertes rouges continues qui disparurent en un mois par des ovules et des injections de permanganate de potasse.

Pertes blanches peu abondantes.

La malade a eu ses dernières règles le 15 avril 1909. Signes réflexes de la grossesse, gonflement des seins, lactation. Vers le 20 mai, la malade a de légères pertes rosées, très peu abondantes. Vers la fin du mois, elle ressent des douleurs très vives dans l'abdomen, elle est obligée de s'aliter. Au bout d'une heure la douleur se calme et la malade, qui est institutrice, peut reprendre sa classe. Depuis ces crises se sont répétées 6 ou 7 fois, ne durant pas plus que la première. La dernière s'est produite le 17 juillet. Depuis le début des crises, la malade a des pertes rosées, peu abondantes.

Toucher : col un peu ramolli, reporté à gauche, légèrement entr'ouvert. Corps totalement reporté à gauche. Dans le cul-de-sac latéral droit, on sent une tumeur grosse comme les 2 poings, se prolongeant dans le Douglas. Elle bombe dans le cul-de-sac et par le palper on la délimite jusqu'à la hauteur de l'ombilic. Elle est un peu douloureuse, de consistance uniformément pâteuse.

En raison du début très brusque, des petites poussées à répétition, de la forme et de la consistance de la tumeur, de la lactation, on fait le diagnostic de grossesse tubaire fissurée.

Intervention 23 juillet 1909. Laparotomie. On trouve à l'intérieur de la cavité abdominale environ 100 grammes de caillots, enkystés par une membrane extrêmement mince. Les organes sont exactement dans la même position que celle qui a été décrite à l'examen clinique. L'utérus de volume normal reporté en totalité à gauche est immobilisé par la tumeur sanguine droite. La poche adhère de toutes parts, tant aux parois de l'excavation qu'au sigmoïde dont les franges épiploïques sont comme insérées sur elle et qu'au grand épiploon qui est venu adhérer. On libère soigneusement ces adhérences et on enlève en masse la tumeur. Nettoyage soigneux du petit bassin, en détruisant autant que possible les strates fibrineux déposés. Hémicastration, hémipéritonisation. La pièce est une belle grossesse tubaire fissurée, la ditatation maxima siège dans le 1/3 externe de la trompe ; elle ne contient que du sang. La malade sort guérie le 6 août 1909.

OBSERVATION X

Castration totale par hystérectomie subtotale, 11 janvier 1909.

M..., 28 ans, un accouchement à 7 mois il y a 5 ans $\frac{1}{2}$.

Réglée régulièrement. *Dernières règles en octobre. Pas de règles en novembre.*

Le 5 décembre douleur vive dans l'abdomen ; le 6 décembre, un médecin l'examine, parle vaguement de fausse couche. Les douleurs se calment pendant quelques jours, puis apparition de pertes peu abondantes pendant une quinzaine, puis cessation des symptômes.

Le 3 janvier, reprise des douleurs. Au toucher, col ouvert, largement perméable, mais les phénomènes douloureux empêchent d'approfondir l'examen. Pas de température.

Le 6 janvier, la malade est revue par son médecin. *Plus de douleurs*, pas de température. Au toucher col largement perméable, utérus paraissant gros, refoulé en avant et du côté gauche. Grosse masse dure, remontant assez haut dans l'abdomen, bombant dans le Douglas et le cul-de-sac latéral droit.

Intervention, 11 janvier 1909. A l'ouverture de l'abdomen, grosse tumeur sanguine avec adhérences à l'anse sigmoïde et à l'épiploon à la partie supérieure. On décolle en arrière et on pénètre dans le Douglas en rompant les adhérences. On extirpe un kyste fœtal et la trompe droite rompue : Fœtus de 3 à 4 mois, 11 à 12 centimètres de long, commençant à se macérer, cordon, gâteau placentaire, caillots et liquide hématique. L'examen de la trompe du côté opposé montre l'oblitération de l'ostium abdominale. Utérus volumineux. Adhérences déjà organisées. Libération puis castration par subtotale. Astiquage du péritoine, quelques pointes de thermo-cautère. Péritonisation. Fermeture abdominale sans drainage.

Suites simples. Sortie le 23 janvier 1909.

OBSERVATION XI

C... Marie, 34 ans. Laparotomie, 21 octobre 1908.

Entrée, 17 octobre 1908.

Trois accouchements antérieurs, le dernier il y a 10 ans.

Une fausse couche il y a 9 ans, suivie d'un curettage.

Réglée à 14 ans, d'abord avec de légers retards. Depuis 2 ans, les règles avancent toujours de 3 ou 4 jours et sont peu abondantes.

Le 15 septembre dernier, *les règles apparurent à peine* : une petite tache rouge sur la chemise en fut le seul indice. Le 20, du même mois, à 10 heures du matin, la malade fut prise tout à coup, pendant qu'elle s'habillait, d'une violente douleur qu'elle ne peut comparer qu'à une déchirure profonde ; elle ne perdit pas con-

naissance, mais devint très pâle. Cette douleur s'atténue un peu et aussitôt après son déjeuner, la malade vaqua à ses occupations. Elle continuait cependant à souffrir un peu. A 3 heures de l'après-midi, nouvelle crise douloureuse bien plus forte que celle du matin. Nouvelle accalmie pendant laquelle la malade travaille jusqu'au 16 octobre, où l'apparition d'une troisième crise débutant brusquement, qu'elle compare à des milliers de piqûres d'épingle dans le bas ventre, la fait entrer à la Charité.

Malade pâle. Masse volumineuse dans le Douglas.

Temporisation. Les douleurs diminuent.

21 octobre 1908. Laparotomie. Ablation de la trompe gauche gravidé, rompue au milieu de caillots. Pas de drainage.

La malade sort guérie le 13 novembre 1908.

Après durcissement, une coupe de la trompe montre qu'elle est fissurée et remplie par un caillot sanguin du volume d'une noix, au centre duquel on remarque une cavité amniotique gondolée, sans trace d'embryon. Pièce du musée de M. Albertin.

Dans cette forme anatomo-clinique de la grossesse tubaire, la période prodromique de la mort de l'œuf est très nettement caractérisée par des ictus abdominaux à répétition et par quelques pertes sanguines. Au toucher on a des signes de réplétion du Douglas.

Ces ictus abdominaux qui s'accompagnent de lipothymies ou de syncopes sont plus ou moins nombreux.

Obs. VIII.— Un ictus le 26 juillet, un le 16 août, un le 18 août. Accalmie. La malade est opérée le 27 septembre.

Obs. IX.— Un ictus le 30 mai, du 30 mai au 17 juillet 6 ou 7 crises. Accalmie. La malade est opérée le 23 juillet.

Obs. X. — Un ictus le 5 décembre avec pertes ; un le 3 janvier. Disparition des douleurs et des pertes. La malade est opérée le 11 janvier.

Obs. XI. — Un ictus le 20 septembre à 10 heures du matin ; un le même jour à 3 heures du soir : un le 16 octobre. Accalmie. Opération le 21 octobre :

L'œuf ne meurt pas en un temps mais en plusieurs temps. La régression placentaire ne se fait pas immédiatement, et après le premier ictus abdominal correspondant à une rupture de la trompe, les villosités choriales continuent encore leur travail de corrosion sur les vaisseaux tubaires. Lorsque la pression du sang dans la trompe est suffisante, survient un deuxième ictus et il y a ainsi des alternatives d'ictus et d'accalmie. Au toucher on constate une réplétion du Douglas au fur et à mesure que les ictus se succèdent.

Mais d'après nos observations il semble bien qu'après un certain nombre d'ictus les hémorragies actives s'arrêtent. Les douleurs sont moins fortes et disparaissent, comme dans l'obs. X, où la malade constate une disparition totale des douleurs le 3 janvier ; elle est opérée le 11 janvier et on trouve un fœtus de 3 à 4 mois qui commence à se macérer. Dans l'obs. XI, la trompe est fissurée, remplie par un caillot du volume d'une noix et au centre du caillot, on remarque une cavité amniotique gondolée sans trace d'embryon. Dans les deux autres observations on ne trouve que des caillots sanguins à l'examen macroscopique.

Les pertes sanguines, peu abondantes dans cette forme, semblent s'atténuer au cours de cette mort de l'œuf. Dans l'obs. VIII elles disparaissent.

Au point de vue clinique, la mort de l'œuf paraît donc correspondre à une sédation des phénomènes douloureux et au point de vue anatomique on constate une collection

sanguine qui s'enkyste et une régression placentaire et fœtale.

5° INONDATION PÉRITONÉALE

OBSERVATION XII

D... Catherine, 36 ans. Grossesse tubaire. Intervention le 12 août 1908. Castration par hystérectomie subtotale.

Entrée le 6 août 1908.

Il y a 3 ans, accouchement prématuré à 6 mois $\frac{1}{2}$.

Une fausse couche antérieure à cet accouchement. Salpingite à 18 ans, opérée par M. Poncet, suivie d'une pleurésie et de 3 érysipèles de la face. Scarlatine à 17 ans. Réglée bien régulièrement avant l'affection actuelle.

Il y a 1 mois $\frac{1}{2}$, *après un retard de 12 jours*, la malade éprouve les mêmes sensations que lorsqu'elle doit avoir ses règles : pesantueur lombaire, etc. Puis, survient un léger écoulement sanguin ; 2 jours après, la malade est prise de douleurs violentes dans la fosse iliaque droite ; ces douleurs qu'elle compare à des élancements s'irradient dans tout l'abdomen et jusqu'aux épaules ; la malade quitte son travail et se met au lit. En même temps s'écoulent du vagin du sang bien rouge et des caillots et la malade ressent quelques coliques utérines. *Les douleurs se sont calmées peu à peu*, la malade ne ressent plus que de légers picotements dans le bas ventre avec irradiations lombaires.

Toucher : masse volumineuse paraissant fluctuante s'étendant latéralement sur la ligne médiane, mais elle s'étend plus loin du côté de la fosse iliaque gauche.

Intervention, 12 août 1908. Laparotomie médiane. Il est difficile de pénétrer dans le péritoine par suite des adhérences nombreuses. A droite, trompe volumineuse, rompue, entourée d'anses intestinales adhérentes. Le tout forme une masse dont

la dissection est des plus difficiles. On enlève la trompe droite et on pratique l'hystérectomie subtotale. Au cours des manœuvres, rupture de la vessie, sutures. Nettoyage de la cavité abdominale. On ne retrouve pas d'embryon. Il est impossible de faire une péritonisation. Mèche vaginale. La malade sort guérie le 30 août 1908.

OBSERVATION XIII

G... Marie, 31 ans. Hématocèle. Laparotomie, 30 décembre 1907.

Entrée 21 décembre 1907, dans le service du docteur Albertin.

Accouchement il y a 6 ans.

Fièvre typhoïde dans l'enfance. Bronchites légères chaque hiver.

La malade a souffert du ventre il y a 1 an : pertes rouges légères ; pertes blanches tachant le linge ; mictions fréquentes accompagnées d'une sensation de cuisson. Par le traitement tous ces symptômes avaient presque complètement disparu.

Pas de règles du 10 septembre au 24 novembre 1907. Le 24 novembre, la malade a des pertes avec quelques caillots, qui durent un mois. Le 20 décembre, la malade est prise brusquement de syncope, état nauséux, ballonnement du ventre, douleurs abdominales violentes. Elle entre à l'hôpital. Les douleurs sont encore vives. A l'entrée température 38°,8. Pertes légères, rosées.

Toucher : Utérus volumineux. Il remonte à 3 travers du doigt au-dessus du pubis, légèrement incliné du côté gauche. Au niveau de la corne utérine gauche on sent une masse assez dure, à peine douloureuse. Les culs-de-sac vaginaux paraissent libres.

26 décembre. *Le ventre est redevenu souple, la malade n'a plus aucune douleur. Pertes légèrement rosées.*

Aujourd'hui on sent nettement une collection qui remplit le cul-de-sac postérieur et le cul-de-sac latéral droit. Elle est

tendue, élastique, légèrement douloureuse. Diagnostic : hématocele.

Intervention, 30 décembre 1907. Laparotomie sous ombilicale. On tombe sur de nombreux caillots enveloppant toute l'anse sigmoïde. Nettoyage minutieux des anses intestinales et du Douglas. La trompe droite est rupturée au niveau du 1/3 interne, elle est remplie par un gros caillot adhérent. On enlève la trompe et l'ovaire gauches. Suites opératoires simples. La malade, guérie, sort le 15 janvier 1908.

OBSERVATION XIV

G... Anaïs, 32 ans. Grossesse tubaire. Laparotomie, 19 août 1908. Entrée le 6 août 1908.

Soignée à Sainte-Thérèse par M. Pellanda il y a 3 ans pour une affection, qui aurait débuté la nuit par une douleur brusque, violente, avec sensation de déchirement profond dans la fosse iliaque droite, suivie d'une perte qui aurait duré 2 mois. Pas de retard de règles. Pas d'opération, repos au lit. Guérison.

Réglée à 14 ans. Les règles ont toujours une tendance à retarder de 2 ou 3 jours, elles durent habituellement 6 à 8 jours. Dysménorrhée habituelle.

Menstruation en juin puis le 16 juillet métrorragies jusqu'au 17 août. Le 2 août, cessation de la perte sanguine; le 30, dans la nuit, la malade est réveillée brusquement par une douleur violente qu'elle compare à une déchirure profonde dans la fosse iliaque gauche. Elle perdit connaissance. *A partir de ce moment elle a continué à perdre en rouge, mais peu abondamment, à ressentir des picotements dans l'hypogastre et la fosse iliaque gauche.*

Toucher : masse dans le Douglas paraissant déborder à gauche. Utérus refoulé à droite.

Intervention, 19 août 1908. Ablation de la trompe gauche gravidé et rompue au milieu de caillots. Pas de drainage.

Malade sort guérie le 6 septembre 1908.

OBSERVATION XV

B... 31 ans. Grossesse tubaire. Hématocèle. Hystérectomie abdominale subtotala, 7 novembre 1906.

Entrée le 7 octobre 1906.

2 enfants, 1 de 10 ans, 1 de 7 ans. Une fausse couche il y a 3 ans $\frac{1}{2}$.

Toujours bien réglée. A toujours eu quelques pertes blanches.

Dernières règles le 7 août.

Le 6 octobre à 2 heures de l'après-midi, la malade se trouve subitement mal et tombe par terre, perte de connaissance jusqu'à 5 heures du soir. Au réveil elle souffre beaucoup, son mari croit à un empoisonnement et lui donne un vomitif.

Le 7 octobre le médecin fait mettre de la glace sur le ventre. Le 7 octobre au soir, la malade est très pâle, très froide, le ventre est douloureux. Un moment l'interne de garde songe à une intervention d'urgence.

Le 8 octobre, *la malade n'accuse plus que quelques douleurs dans le ventre.*

Toucher : col mou, entr'ouvert. Douglas occupé par une masse molle, inégale. Le doigt ramène du sang jus de pruneau.

Temporisation.

14 octobre. La malade se laisse bien mieux examiner. On sent un col moins mou que précédemment. Utérus gros, rejeté à gauche, accolée à lui on sent une masse grosse comme un poing, non mobile.

Depuis qu'elle est dans le service, la malade n'a point eu de métrorragies ni de nouvelle douleur.

Intervention, 7 novembre 1906. Adhérences de l'épiploon à la trompe gauche qui est distendue, hémorragique. Au-dessous d'elle épanchement hématique. Hystérectomie subtotala nécessaire pour tout enlever. Pas de drainage. La malade sort guérie le 24 octobre 1906.

Ces symptômes d'hémorragie interne, syncope, petitesse du pouls, d'une violence extrême, surviennent en général chez une femme dont la grossesse très jeune est méconnue (un mois ou deux). Les prodromes sont très peu marqués, généralement on constate l'arrêt de la menstruation que l'on trouve dans toutes nos observations et quelques pertes caractéristiques (X, XI, XII). Les signes réflexes de la grossesse existent rarement car il s'agit de grossesses très jeunes.

Fehling admet que lorsque la rupture a lieu, l'œuf est presque toujours vivant. Mais au moment de la crise catclysmique il est tué. Les rares observations où est signalée la survivance de l'œuf concernent des malades où la grossesse est plus avancée dans son évolution.

Que devient le sang une fois répandu dans la cavité abdominale? Nous avons eu la bonne fortune d'être dans un service de gynécologie où l'on pratiquait la laparotomie retardée et nous avons pu nous rendre compte des différents processus pathologiques qui se passaient après la rupture.

Nous ne nions pas qu'il y ait des cas de rupture foudroyante où la mort est excessivement rapide. Ce sont ces cas qui ont donné lieu à des expertises médico-légales et où la question d'empoisonnement a été posée. Mais ce sont là des exceptions où l'on n'a même pas le temps d'intervenir par la laparotomie immédiate.

Dans les cas d'hématocèle abondante, d'inondation péritonéale que nous publions, nous avons toujours assisté à la régression des symptômes d'hémorragie interne. Les vomissements disparaissent, le pouls remonte sensiblement à la normale, le facies se colore. La douleur abdomi-

nale diminue et même dans certains cas disparaît. A la crise cataclysmique se superposent des symptômes de collection pelvienne ; nous notons de la pesanteur dans le bas ventre, des modifications des fonctions sigmoïdo-rectale et vésicale. Du côté de l'intestin, on observe surtout de la constipation, il y a un arrêt des matières et même quelquefois des gaz. Du côté de la vessie, on constate des phénomènes de dysurie, quelquefois de la rétention, nécessitant des cathétérismes. Ces troubles vésicaux sont dus à une parésie de la vessie consécutive aux réactions du péritoine. Ces troubles fonctionnels sont parfois peu marqués et l'amélioration est dans quelques cas tellement nette, que des malades ont quitté le service refusant toute intervention. Mais quand on intervient, comme M. Albertin, du troisième au dixième jour qui suivent l'ictus, quelles sont les constatations opératoires ? Une partie du sang épanché est déjà coagulé et quelques adhérences très lâches se sont produites, reliant les organes voisins. La trompe est noyée ; quelquefois on retrouve l'embryon au milieu des caillots. Ce n'est en somme qu'une exagération de la forme précédente.

La quantité de sang épanché est très variable. Une très petite quantité de sang peut donner une symptomatologie très bruyante. C'est la forme péritonitique. On peut trouver 500 gr., 1.000 gr. Robb affirme qu'il n'a jamais trouvé plus de 1.650 gr. de sang dans le péritoine.

Des expériences de physiologie de Laborde, Veit et Poncet, ont montré que l'état lisse du péritoine s'opposait à l'enkystement. Glénard compare l'endothélium du péritoine à l'endothélium des vaisseaux, c'est-à-dire qu'il empêcherait la coagulation. Cestan, dans sa thèse, admet

que deux conditions favorisent l'enkystement : l'inflammation de la séreuse et la lenteur de l'écoulement sanguin. Dans ces formes où il a pratiqué la laparotomie retardée, M. Albertin a toujours constaté du sang coagulé avec de légères adhérences.

Ce sang répandu dans la cavité péritonéale se résorbe et cette résorption se traduit cliniquement par une élévation de température. Quénu prétend même que cette résorption s'accompagnerait de légers phénomènes toxiques dus à l'hématine. En somme, l'enkystement est l'aboutissant de la réaction spontanée du péritoine.

Si la guérison spontanée peut se produire, il n'en reste pas moins vrai que ces collections enkystées peuvent produire des accidents ultérieurs sérieux, ce sont surtout des phénomènes de compression et des phénomènes d'infection.

La compression peut s'exercer sur le rectum et sur la vessie et les uretères.

Sur le rectum cette compression est peu grave. Cependant dans un cas, Pengruber et Virente ont observé de véritables signes d'obstruction intestinale.

Sur la vessie on constate surtout des phénomènes de dysurie. Schwartz, cité par Poncet, a vu une femme avec rétention d'urine suivie de mort. Dans le Douglas on trouva 800 gr. de caillots. Les uretères et les bassinets étaient dilatés.

Gaube relate un cas où les uretères étaient dilatés, les reins étaient augmentés de volume et les bassinets contenaient du pus.

Leroux et Dumontpallier publient une observation où la malade mourut d'urémie convulsive.

Sur le plexus sacré, la compression produit surtout des phénomènes de névralgie et L. Tait cite une observation où les douleurs disparurent après avoir enlevé la collection enkystée, par la laparotomie.

Mais la complication la plus redoutable est l'infection donnant des poussées de pelvipéritonite, que cette infection soit d'origine intestinale, qu'elle soit d'origine ascendante ou qu'elle se produise sur place, grâce à des germes intratubaires latents qui reprennent leur virulence.

RÉSUMÉ DES MODIFICATIONS DE LA SYMPTOMATOLOGIE DE LA GROSSESSE TUBAIRE APRÈS LA MORT DE L'ŒUF.

Nous avons essayé de déterminer l'influence de la mort de l'œuf dans les différentes formes anatomo-cliniques de la grossesse tubaire. Il nous semble que cette influence s'exerce sur les signes réflexes, fonctionnels et physiques.

SIGNES RÉFLEXES. — Les malaises vagues de la gestation, les goûts bizarres, les nausées disparaissent. La congestion mammaire diminue, les seins se flétrissent. Nous nous sommes très bien rendu compte de la disparition de ces signes réflexes dans les observ. I et VI. Nous croyons que ces signes réflexes sont fréquents : ils sont signalés dans dix de nos observations. L'arrêt de la menstruation est la règle ; toutes nos observations en font mention, si nous considérons comme un arrêt le vulgaire retard.

Pinard signale la réapparition des règles deux mois après la mort de l'œuf. « Pendant toute la durée de la

grossesse ectopique, c'est-à-dire tant que le fœtus est vivant, les règles sont supprimées ; elles ne réapparaissent que deux mois environ après la mort du fœtus. » Quand l'œuf est mort, il n'y a plus grossesse, mais rétention du kyste fœtal. Dans la grossesse utérine, cette réapparition des règles ne s'observe jamais tant que le fœtus est retenu dans la cavité utérine. Cette réapparition des règles est un signe de la plus grande valeur pour établir un diagnostic rétrospectif. Au moment de cette réapparition, Pinard a constaté une augmentation de tension du kyste fœtal.

SIGNES FONCTIONNELS. — *Les perles sanguines* caractéristiques brun chocolat, qui sont abondantes au moment de la crise, ont une tendance à diminuer, après la mort de l'œuf ; dans quelques unes de nos observations, elles disparaissent totalement.

Les douleurs s'atténuent, même disparaissent après la mort de l'œuf. Les hémorragies intratubaires ou intrapéritonéales diminuent et souvent s'arrêtent. Le placenta est mort, les trophoblastes ne peuvent plus faire œuvre destructrice ; il n'y a plus d'hémorragie active. Des hémorragies passives pourront se produire, mais elles seront en général de faible importance.

SIGNES PHYSIQUES. — On constate un arrêt de développement du kyste ; il se produit les phénomènes anatomopathologiques que nous avons précédemment décrits.

Dolérís signale l'hypertension du kyste au moment des règles. Wallich fait remarquer que le kyste fœtal peut augmenter après la mort de l'œuf « il faut bien savoir que dans la grossesse utérine on ne voit jamais après la

mort du fœtus la quantité de liquide amniotique augmenter, il n'en est pas de même dans la grossesse extra-utérine, le liquide amniotique peut devenir plus abondant malgré la mort du fœtus.

Dans les cas d'hématocèle, la collection sanguine s'enkyste et donne une sensation de plus en plus dure au toucher.

Au moment de la mort de l'œuf, on ne constate que peu de modifications du côté de l'utérus. Pinard dit que l'utérus subit son involution environ deux mois après la mort de l'œuf. La consistance du col se modifie. « Le ramollissement du col diminue lorsque l'œuf cesse de se développer. On est parfois appelé à diagnostiquer la grossesse ectopique lorsque le fœtus est mort depuis un certain temps. Dans ces cas, le col est dur et n'est plus ramolli. » (Pinard).

Un signe a été donné comme pathognomonique de la mort de l'œuf, c'est l'expulsion de la caduque : quelle en est la valeur ?

QUE FAUT-IL PENSER DE L'EXPULSION DE LA CADUQUE ?

Les cas d'expulsion de caduque ne sont pas très rares. Hörrmann, sur 101 cas, la signale 23 fois. Dobbert en cite 3 cas, la caduque représentait un sac à trois pointes dont les dimensions variaient en longueur de 5 centimètres à 6 cent. 5 ; en largeur, de 3 cent. 8 à 5 centimètres. L'épaisseur de la caduque est très variable, Dobbert a trouvé dans un cas une épaisseur de 7^{mm}, dans un autre de 4^{mm}.

et dans le 3^{me} de 2^{mm}. Zweifel cite un cas d'expulsion de caduque. Abel en rapporte aussi un cas. M. Albertin, sur plus de 100 cas de grossesses extra-utérines, a constaté 4 fois une expulsion de caduque entière (nous la notons dans les observ. II, XVIII, XXVII).

Dans un cas qui a été présenté à la Société de Chirurgie de Lyon, le 10 février 1910, cette expulsion de caduque était surtout nette ; il s'agissait d'un œuf de trois mois, placenta et fœtus.

La pièce est remarquable par la forme et les dimensions qu'affectent les prolongements correspondant aux cornes de l'utérus ; on dirait les jambières d'un caleçon, hautes de 3 centimètres. Dans ces cas, la membrane expulsée reproduit le moule de la cavité utérine agrandie. Dans le plus grand nombre des observations, la caduque n'est expulsée que par lambeaux, et il faut les rechercher avec soin dans les pertes brun chocolat de la malade.

L'expulsion de cette caduque se fait à un moment quelconque de la grossesse extra-utérine, cependant la plupart des auteurs la signalent dans le premier mois. On peut l'observer à terme au moment du faux travail, mais ces cas sont excessivement rares, car l'immense majorité des grossesses ectopiques s'interrompt bien avant.

Pour qu'il y ait expulsion, dit Dobbert, il faut : 1^o Que la transformation déciduale de la couche supérieure (compacte de Conrad et Langhans) et du tissu interglandulaire soit assez avancée pour que cette couche soit moins cohérente ; 2^o il faut que la transformation des glandes dans la couche moyenne (ampullaire de Conrad et Langhans) soit assez prononcée pour qu'une séparation de la couche superficielle soit possible sans grand effort. Si les deux

processus ne vont pas ensemble, c'est-à-dire si le ramollissement de la couche ampullaire l'emporte, la membrane expulsée renfermera des restes de tubes glandulaires qui n'auront pas été encore envahis par le tissu décidual. Au contraire, si ce ramollissement n'est pas assez avancé, il n'y aura pas séparation de la couche superficielle, donc pas d'expulsion de caduque, ou si cette expulsion se fait, elle ne sera pas complète, se fera par petits lambeaux.

Tel est le mécanisme de l'expulsion de la caduque. La déchirure se fait aux dépens de la couche ampullaire de Conrad et Langhans. Après l'expulsion de la caduque, des coupes d'utérus montrent que c'est la couche glandulaire qui reste.

L'expulsion totale de la caduque a fait commettre bien des erreurs. Combien de médecins, combien de sages-femmes ont crû à un avortement ? La confusion est possible, car à un examen superficiel le moule de la cavité utérine représente assez bien un œuf jeune. On dit donc avortement jusqu'à ce que les accidents ultérieurs viennent montrer l'erreur du diagnostic.

• Bien des cas d'expulsion de caduque dans la grossesse ectopique sont aussi étiquetés Dysménorrhée membraneuse. Pour Pilliet si les cas de dysménorrhée membraneuse sont si rares c'est que les caduques utérines dans la grossesse ectopique ne se détachent pas tout d'une pièce, « Il est évident, dit il, que l'expulsion d'une caduque utérine, quand l'œuf passe inaperçu dans la trompe, constitue un cas typique de dysménorrhée membraneuse ». Beaucoup de cas appelés dysménorrhée membraneuse, ne sont que des grossesses extra-utérines avec expulsion de la caduque.

Quelle signification faut-il attribuer à l'expulsion de la caduque dans l'évolution de la grossesse ectopique ? Les avis sur ce point sont très partagés. Les observations de Pinard prouvent avec évidence que l'expulsion de la caduque n'implique pas la mort de l'œuf. Cazeaux considère « comme possible la coïncidence de cette expulsion et de perturbations plus ou moins accusées du côté de l'œuf (un décollement ou une hémorragie plus ou moins étendue par exemple). » M. Albertin, dans les quatre cas qu'il a observés, a constaté dans tous la mort de l'œuf.

En résumé l'expulsion de la caduque est un bon signe pour le diagnostic de grossesse ectopique, mais l'expulsion totale d'un sac membraneux représentant le moule de la cavité utérine est rare. Elle est accompagnée d'une perte plus ou moins abondante de sang, ce phénomène bien connu a une grosse valeur dans la symptomatologie de l'ectopie. Brindeau (Soc. d'Obst. de Paris, 1908) a observé un cas où l'hémorragie a été considérable. Cette expulsion amène des modifications pathologiques, dans l'évolution de l'œuf ectopique, qui dans la plupart des cas se traduisent par la mort du produit de conception.

CHAPITRE IV

Considérations Thérapeutiques

La mort de l'œuf peut être le mode de guérison spontanée des grossesses tubaires, il se passe des phénomènes de régression du côté de l'œuf.

Nous avons vu dans le service du Dr Albertin, les observations de quatre malades qui avaient présenté tout le syndrome de l'hématocèle comme signes fonctionnels et physiques. Ces malades ont été mises au traitement médical et ont refusé toute intervention ; elles ont quitté le service dans un état satisfaisant et il se peut que cette situation ne se soit pas aggravée. La poche fœtale s'enkyste, on a un véritable corps étranger qui peut être supporté pendant très longtemps.

A une époque où la laparotomie était redoutée, on cherchait à obtenir la mort de l'œuf par la cure de faim (Ritgen), par la strychnine (Barnes), par les injections hypodermiques d'ergotine (Janvrin), par les saignées (Keller), par la ponction du kyste (Simpson, Braxton Hicks, Freund), par les injections de morphine (Joulin, Friedreich, Kœberlé, Gossmann...), par l'électricité, électropuncture, faradisation (Bachetti, Garrigues, Brothers...).

Tous ces procédés sont aujourd'hui tombés dans l'oubli.

En présence d'une grossesse tubaire qui évolue, l'intervention rapide s'impose, aussitôt le diagnostic fait. On ne doit plus admettre, au point de vue opératoire, la classification des grossesses tubaires observées avant ou après le 5^e mois. Bien que les chances d'hémorragies soient diminuées après le 5^e mois, les accidents graves sont toujours à redouter et d'autre part plus on retardera l'opération, plus les difficultés opératoires augmenteront. Complications redoutables, difficultés opératoires plus grandes, c'est là une perspective très sombre pour obtenir un ectopin qui, le plus souvent, aura des lésions congénitales et ne sera pas viable. Nous le répétons, la grossesse tubaire vivante constitue un danger permanent et on ne doit pas l'abandonner à son évolution naturelle. C'est un néoplasme malin, a dit Werth ; c'est un cancer, a dit Martin, et il faut la traiter comme tel. La laparotomie immédiate sera curative et préventive à la fois.

Quand la grossesse tubaire est morte, il y a une tendance manifeste à l'enkystement ; la régression soit du côté des caillots (kystes séro-hématiques, strates fibrineux) soit du côté de la masse embryonnaire et placentaire se fait lentement. L'apaisement de tous les symptômes, la détente prolongée indique cette régression. Nous n'avons plus en observation une malade menacée d'accidents aussi redoutables et aussi subits, mais une malade portant une tumeur mi-liquide, mi-solide dont il faut la débarrasser. L'urgence n'existe plus, il faut opérer à son heure, dans les meilleures conditions. On ne devra pas cependant temporiser outre mesure, car il pourrait se produire des phénomènes d'adhérences venant compliquer l'acte opératoire.

CHAPITRE V

Observations

OBSERVATION XVI (inédite)

G... Françoise. Grossesse tubaire. Laparotomie 13 décembre 1909. Castration totale par hystérectomie subtotale.

Entrée à la première Infirmerie le 3 décembre 1909.

4 accouchements, le dernier il y a 6 mois. Pas de fausse couche. Pas de maladie antérieure.

Réglée à 14 ans bien régulièrement.

La malade vient de la première Infirmerie, où elle était entrée pour hématocele rétro-utérine. Depuis son dernier accouchement, il y a 6 mois, la malade eut des pertes irrégulières qui venaient 2 ou 3 fois par mois. *En octobre, retard de règles de 10 jours, de même au mois de novembre. Modifications des seins ; pigmentation de l'aréole ; sécrétion de colostrum.* C'est à cette époque que la malade commença à percevoir une masse dans son petit bassin, en même temps qu'apparaissaient des pertes noirâtres. Lundi 6 décembre 1909, la malade sentit brusquement une douleur très vive dans l'abdomen. Elle eut des vomissements et fut obligée de s'aliter. A l'entrée dans le service, les pertes sont de couleur chocolat. *Mais les douleurs abdominales ont très nettement diminué.*

La malade est habituellement constipée ; cette constipation est plus marquée depuis quelques jours.

Les mictions sont normales et régulières.

Toucher : non pratiqué à l'entrée, parce qu'il est trop douloureux.

Par la palpation abdominale on sent une masse dure correspondant à l'utérus et dépassant la symphyse de 3 travers de doigt. La fosse iliaque droite est remplie par une masse rénitente.

Intervention : 13 décembre 1909. Trompe droite gravide très dilatée en voie de fissuration. Le Douglas est rempli de caillots noirâtres extrêmement abondants ; quelques caillots ont déjà formé des adhérences. Du côté gauche ovaire kystique. Castration totale par kystérectomie subtotala. Pas de drainage.

La malade sort guérie le 31 décembre 1909.

Après durcissement, on remarque sur une coupe que la cavité tubaire est occupée par un volumineux caillot et que la partie supérieure de la paroi de la trompe est détruite en totalité, simplement recouverte par le péritoine.

OBSERVATION XVII (inédite)

G... Léonie, 40 ans. Grossesse tubaire. Laparotomie 27 janvier 1910. Castration totale par hystérectomie subtotala.

Entrée le 12 janvier 1910.

Réglée à 11 ans régulièrement.

Aux mois de novembre et décembre 1909, pas de règles. Au début du mois de janvier douleurs abdominales qui durent une semaine, portes rouges peu abondantes qui se prolongent.

Pollakiurie. Depuis, il n'y a pas eu de nouvelle crise.

Toucher : Col entr'ouvert, de consistance fibreuse, refoulé tout entier à droite. Tous les culs-de-sac sont déprimés par une masse de consistance dure.

Palper. Cette masse remonte à 4 travers de doigts au-dessus de la symphyse. Intervention 27 janvier 1910. A l'incision de la paroi on est frappé par la coloration jus de carotte du sang.

Volumineuse collection bosselée, distendue, qui occupe le petit bassin et remonte dans la fosse iliaque droite. Par endroits on remarque des reflets verdâtres. Adhérences du grand épiploon et du grêle. Dans cette masse on distingue le fond utérin refoulé à gauche du pubis. Un peu à droite de la ligne médiane se trouve la trompe droite, distendue, grosse comme un œuf. Par son pavillon dilaté on voit le placenta qui émerge. En arrière de cette trompe et de l'utérus, se trouve une grosse hématocele enkystée. En essayant d'extraire cette poche on la rompt et il s'en écoule à peu près 700 à 800 grammes de caillots noirs. Castration totale par hystérectomie subtotal. Pas de drainage. Suites opératoires excellentes.

La malade sort guérie le 13 février 1910.

OBSERVATION XVIII (inédite)

Hystérectomie subtotal.

Entrée le 18 juillet 1910.

Anna G..., 34 ans. Un accouchement à terme il y a 13 ans. Enfant vivant. Pas de fausse couche, pas de maladie antérieure. Réglée régulièrement.

Les dernières règles datent du 12 avril 1910, depuis la malade n'a plus rien vu. Elle s'est cru enceinte. Signes réflexes. Brusquement le 1^{er} juillet 1910, elle fut prise de douleurs très vives dans le bas ventre avec mauvais état général, céphalée, température 38°, quelquefois nausées. En même temps le ventre se ballonna. Un médecin appelé auprès d'elle crut à des coliques hépatiques. Mais au bout de quelques jours elle fit appeler un autre médecin qui lui mit de la glace sur le ventre et décida son transport dans le service. Jeudi 14 juillet, la malade a eu quelques pertes rosées et *rejeta une petite caduque. Depuis aucune perte n'est survenue.*

Actuellement aucune douleur vive, le ventre est toujours ballonné, température 37°,8, pas de vomissements, bon facies.

Toucher : utérus immobilisé contre la symphyse sur laquelle il est appliqué par une masse rénitente distendant de façon considérable le cul-de-sac postérieur, et dont la pression est très douloureuse.

L'abdomen est assez tendu et météorisé, mais le pouls est bon, l'état général nullement alarmant. On fait le diagnostic d'hématocèle rétro-utérine par grossesse tubaire rompue.

Intervention, 20 juillet 1910. A l'ouverture du ventre, on trouve après avoir sectionné un péritoine pariétal épaissi une grande quantité de caillots noirs foncés avec un peu de sang liquide. On évacue tout ce sang dont on peut apprécier la quantité à 1 l. $\frac{1}{2}$, 2 litres. On assèche le péritoine, on isole la grande cavité et la malade une fois basculée, les lésions causales sont abordées. A droite est le kyste fœtal. On fait une castration totale par hystérectomie subtotal. Sur le péritoine pelvien, sur le péritoine de la paroi abdominale antérieure et à la surface d'un certain nombre d'anses grêles sont des caillots adhérents (déjà en voie d'organisation), que l'on détache à grand'peine à l'aide de tampons. Les surfaces cruentées sont ensuite tamponnées à l'eau oxygénée. Péritonisation. Fermeture de la paroi. Le kyste fœtal suturé contient un embryon de 3 mois chez lequel on constate un début de macération.

Guérison sans incidents. Sortie le 7 août 1910.

OBSERVATION XIX

(2^e partie inédite).

C..., 30 ans. Grossesse extra-utérine de 4 mois ; fœtus macéré. Laparotomie, 12 juillet 1905. Guérison.

Entrée 22 juin 1905 dans le service du Docteur Albertin.

Un enfant mort il y a un an à l'âge de 7 ans, de méningite suraiguë

Pas de fausse couche. Pas de maladie antérieure.

Réglée à 11 ans, très régulièrement avant comme après son mariage. Accouchements avec forceps, à la suite déchirure périnéale qui se serait cicatrisée toute seule. Pas de pertes blanches.

Le 5 février 1905, dernières règles. Pendant tout le mois de février, la malade à la suite de tout effort avait de petites pertes. En même temps son ventre grossissait et *elle éprouvait les mêmes malaises que pour la première grossesse. (Picotements des seins, changements de caractère).* Au mois de février, elle eut une entérite avec constipation opiniâtre et crises douloureuses toutes les fois qu'elle voulait aller à la selle.

La malade serait enceinte de 4 mois.

Palpation : grosse masse un peu bilobée qui pointe à droite surtout sous la peau. Cette masse n'est pas mobile.

Toucher : col mou, œdémateux, légèrement entr'ouvert.

27 juin. Œdème du pied gauche. La malade souffre beaucoup du ventre malgré la glace, elle maigrit.

8 juillet. La malade maigrit, se cachectise et souffre. Elle a de l'œdème des 2 jambes. La masse a augmenté, elle remonte jusqu'à l'ombilic du côté droit, un peu moins à gauche, elle est très dure, très saillante, presque sous la peau, fixée et non douloureuse.

Toucher : col gros, mou, les mouvements qu'on lui imprime sont sans influence sur la masse totale. Dans les culs-de-sac on sent une masse dure, irrégulière, lisse, remplissant tout le petit bassin. Le toucher rectal montre que cette masse tombe dans le rectum dont elle rétrécit considérablement la lumière.

12 juillet. Laparotomie. Œdème de la paroi. Vessie dilatée présentant 2 poches. Blessure de la vessie suturée à 2 plans.

On trouve un gros kyste fœtal. Ablation des caillots, du placenta et d'un fœtus de 4 mois macéré. Tout autour du sac il y a des plaques de péritonite suppurée. Il est évident qu'il s'agit d'une infection venue de l'intestin et en voie d'évolution vers l'intérieur du kyste. Drainage abdomino-vaginal.

13 juillet. Amélioration considérable de l'état général.

Sortie le 25 août 1905, 42 jours après. La plaie n'est pas fermée, mais il reste une cavité qui se comble par bourgeonnement très régulièrement. Etat général excellent.

2^e séjour, 7 octobre 1910. La malade après sa sortie a dû panser sa petite plaie bourgeonnante pendant un mois. Les règles sont revenues 6 mois après l'intervention avec leurs caractères habituels.

Un an après, la malade eut un retard de règles de 8 jours en même temps qu'elle sentait une grosseur dans la région pelvienne droite qui lui provoquait des lancées douloureuses. Des pertes rouges, peut-être avec caillots, ne tardent pas à survenir. Le médecin ordonne des applications de cataplasmes chauds. La douleur et les pertes disparaissent.

Il y a 3 ans la malade a une rougeole à la suite de laquelle et pour la première fois, s'ouvre une petite collection séro-sanguine au niveau de la suture abdominale et à 2 travers de doigt au-dessus de la symphyse. Depuis, chaque fois que la malade a ses règles, elle sent une tension douloureuse au niveau de ce point et la paroi laisse suinter pendant 2 jours de la sérosité sanguine. Après les règles, le pertuis se ferme par une croûte noire qui d'habitude tombait seule quelques jours après, mais qui, en ces derniers temps, reste collée une quinzaine de jours. La malade revient pour ce suintement intermittent.

Examen : cicatrice abdominale avec un certain degré d'évén-tration et à la partie inférieure, un noyau dur, au milieu duquel la pression fait sortir, par une fistulette imperceptible, un peu de sérosité et de sang.

Le 15 octobre 1910, intervention. On circonscrit la cicatrice que l'on dissèque doucement. On se rend compte que sa partie profonde répond à la portion isthmique d'une trompe. Celle-ci est détachée de ses adhérences pariétales et suturée. Sutures de la paroi.

L'écoulement périodique par la fistule est ainsi expliqué par les phénomènes tubaires d'ordre menstruel.

La malade sort guérie le 28 octobre 1910.

OBSERVATION XX

M..., 25 ans. Entrée le 18 juin 1907.

Un accouchement il y a 6 ans. Pas de fausse couche.

Réglée à 15 ans, irrégulièrement.

La malade dit souffrir du bas ventre depuis son accouchement.

Les phénomènes aigus remontent au 2 ou 3 juin 1907. *La malade, qui attendait ses règles depuis le 28 mai*, est prise brusquement le 2 ou 3 juin d'une douleur dans le bas ventre surtout marquée à droite. Pas de vomissements. Pertes rosées pendant 3 ou 4 jours.

Le 18 juin, jour de son entrée à l'hôpital, la malade a beaucoup souffert, comme pour accoucher, dit-elle. Le 19 et le 20, pertes rouges peu abondantes, sans caillots.

Depuis cette époque, sédation des douleurs et diminution des métrorragies.

Toucher : Empâtement diffus dans le Douglas. Utérus un peu gros. Col fermé.

Intervention, 5 juillet 1907. Laparotomie. Trompe gauche gravide rompue ; au-dessous d'elle, caillots agglomérés. Ovaire droit polykystique. Trompe droite oblitérée. Castration totale par hystérectomie subtotal. A l'examen : trompe gauche gravide du volume d'un œuf avec une fissure de $1\frac{c}{m}$ de longueur permettant de voir dans le fond le placenta. La cavité tubaire est remplie par du sang.

La malade sort guérie le 28 juillet.

OBSERVATION XXI

B..., 33 ans, entre le 15 novembre 1904. Hématocèle rétro-utérine. Colpotomie.

Trois enfants, le dernier a 4 ans.

Une fausse couche au printemps 1904. Il y a 3 ans, pertes considérables accompagnées de maux de cœur, de coliques.

Réglée à 12 ans; régulièrement, il y a 1 mois $\frac{1}{2}$, la malade s'aperçut qu'elle avait du ballonnement du ventre avec douleurs abdominales très vives; en même temps quelques pertes rouges peu abondantes. Sous l'influence de cataplasmes et d'injections chaudes, le ballonnement et les douleurs diminuent peu à peu.

La malade a toujours été très constipée. Les digestions sont plus lentes depuis le début de la maladie.

Mictions faciles et abondantes, non douloureuses.

Au toucher : tumeur occupant le cul-de-sac de Douglas et englobant l'utérus. Signes de l'hématocèle.

Intervention 29 novembre 1904. Colpotomie. On ouvre une cavité contenant du liquide hématique. On place une mèche.

5 décembre 1904. On retire la mèche, on constate des débris de placenta.

La malade sort le 23 décembre, guérie.

OBSERVATION XXII

Ch..., 36 ans. Hématocèle rétro-utérine. Grossesse tubaire. Colpotomie 9 juillet 1907. Castration totale, 10 juillet, par hystérectomie subtotale.

Entre le 3 juillet 1907.

Réglée à 12 ans $\frac{1}{2}$, régulièrement. Quelques pertes blanches. La malade dit souffrir du ventre depuis 5 ans. Ces douleurs sont surtout marquées au moment des règles. Le 2 mai de cette année

la malade fut prise de coliques hépatiques violentes, qui nécessitèrent l'emploi répété de morphine. *La malade était en ce moment enceinte de 2 mois. Signes réflexes.* Deux jours après les coliques, la malade avorta; les métrorragies durèrent 6 ou 7 jours. La malade a beaucoup souffert du ventre et les douleurs ont persisté depuis obligeant la malade à garder le lit. Au début elle a eu de la fièvre et des vomissements. *Actuellement les phénomènes aigus ont disparu, il subsiste une légère douleur.*

Au toucher : utérus gros, dévié à gauche. Col dur, entr'ouvert, permettant l'introduction de la pointe du doigt.

On sent à droite une grosse masse venant bomber dans le cul-de-sac latéral droit, nettement fluctuante, perceptible par la palpation de l'abdomen, très douloureuse.

9 juillet. Colpotomie. Il s'écoule une notable quantité de caillots organisés, parmi lesquels on reconnaît un fœtus macéré de 8 à 9 cm.

10 juillet. Laparotomie. On trouve à droite une poche volumineuse à parois épaisses. Hystérectomie subtotale. Mèches dans le Douglas. Péritonisation haute.

20 juillet. La malade fait un abcès de la paroi.

22 juillet. Production d'une fistule recto-vaginale.

La malade sort le 13 août 1907, guérie.

OBSERVATION XXIII. (inédite)

P... Marie, 36 ans $\frac{1}{2}$. Grossesse tubaire. Laparotomie 14 octobre 1909. Castration totale par hystérectomie subtotale.

Entrée le 27 septembre 1909.

Un accouchement normal. Albuminurie après son accouchement ayant duré toute l'année suivante.

Pas de fausse couche.

Réglée à 14 ans, régulièrement.

Le 7 septembre 1909 après un arrêt de règles de 1 mois $\frac{1}{2}$,

accompagné des signes sympathiques de la grossesse, à l'occasion d'un effort, la malade se mit à souffrir de douleurs abdominales très violentes. Le 11 septembre, elle commença à perdre en blanc d'abord, puis en rouge, puis ces pertes prirent une coloration brun chocolat. Quelques phénomènes de réaction péritonéale, légère élévation de température, quelques vomissements. La malade passe de la première Infirmerie dans le service du docteur Albertin.

Dans les jours suivants, les douleurs abdominales cessent presque complètement, les pertes diminuent également.

Pas de constipation.

Mictions normales.

Toucher : Col de consistance normale mais entr'ouvert. Masse bosselée dans le Douglas.

Intervention, 14 octobre 1909. Volumineuse masse enkystée dans le petit bassin, avec adhérences. La trompe droite est rupturée, la gauche est kystique. Castration totale par hystérectomie subtotale. Pas de drainage.

La malade sort guérie le 31 octobre 1909.

OBSERVATION XXIV

M..., 24 ans. Laparotomie 5 avril 1905. Grossesse tubaire rompue. Ablation des annexes droites. Ablation de la trompe gauche. Conservation de l'ovaire gauche et de l'utérus.

Mariée depuis 4 ans. Il y a 2 ans 1 accouchement normal.

Réglée régulièrement. *En février 1905 pas de règles.* Vers le 10 mars, douleur abdominale violente avec écoulement sanguin jus de pruneau. Traitement médical avec glace sur le ventre. *Les phénomènes douloureux disparaissent.*

M. Albertin examine cette malade le 2 avril 1905, trouve un toucher une grosse masse dans le cul-de-sac latéral droit et diagnostique une grossesse tubaire interrompue.

Intervention le 5 avril 1905. Laparotomie. Trompe droite rompue avec caillots occupant le Douglas et emprisonnant la masse annexielle. La trompe gauche est oblitérée. L'épiploon recouvre la masse et le fond utérin. Ablation des 2 trompes, on laisse l'ovaire gauche. Pas de drainage.

Guérison sans incident le 25 avril 1905.

10 mars 1906, l'état de santé est parfait. La menstruation est régulière, dure de 6 à 7 jours.

OBSERVATION XXV

A... Marie, 27 ans. Entrée le 8 juillet 1905.

Pas d'accouchement, pas de fausse couche, pas de passé blennorragique. Réglée à 14 ans, régulièrement. Dernières règles le 16 juin avec un *retard de 12 jours*. Pendant ce laps de temps elle ressentit à plusieurs reprises une vive douleur abdominale. *Depuis le 20 juin environ ces douleurs ont cessé*. La malade a de légères pertes.

Signalons à l'auscultation du cœur un souffle systolique de la pointe, organique. Mais cette insuffisance mitrale est bien tolérée.

Toucher : utérus un peu gros. Dans le cul-de-sac droit, grosse masse du volume des 2 poings, indolore, irrégulière. Rien à gauche. On observe en même temps un liquide couleur jus de pruneau qui sort par le col utérin.

On porte le diagnostic de grossesse tubaire interrompue.

Intervention, 26 juillet 1905. Colpotomie. L'écarteur étant introduit, il s'écoule un peu de sang noirâtre, plutôt « jus de pruneau ». Le doigt tombe immédiatement dans une cavité remplie de caillots. On sectionne la trompe qui apparaît en effet comme une poche pleine de caillots ; on retrouve à plusieurs reprises des débris placentaires.

On laisse une pince sur le pédicule, on fait un tamponnement avec une mèche.

En somme nous avons affaire à une grossesse tubaire dont la poche est rupturée à la partie inférieure.

[Suites opératoires simples. La malade sort guérie le 12 août 1995.

OBSERVATION XXVI (inédite)

B..., 25 ans $\frac{1}{2}$. Grossesse tubaire gauche. Intervention 5 février 1910. Laparotomie. Ablation de l'ovaire et de la trompe gauches.

Entre dans le service du docteur Albertin le 22 janvier 1910.

Réglée à 12 ans régulièrement. La malade a toujours des pertes blanches entre ses époques. Du mois d'octobre au mois de décembre, la malade a perdu tous les 15 jours, peu abondamment et peu longtemps chaque fois. Le 20 décembre, pendant 4 ou 5 jours, pertes rouges assez abondantes, avec 2 ou 3 petits caillots. Depuis ce temps pertes faibles mais continuelles. Au mois de décembre la malade a eu de grosses coliques, de petite durée, comparées à celles de l'accouchement; vomissements. *Depuis que la malade est au repos, grande amélioration, les douleurs ont à peu près disparu.*

Toucher: col de volume normal, légèrement entr'ouvert. Utérus peu mobile, les mouvements qu'on lui imprime sont douloureux. Le cul-de-sac postérieur est distendu par une masse bosselée de consistance pâteuse, douloureuse au toucher. Il est très difficile, par le palper combiné au toucher, de délimiter exactement le fond utérin. On sent, remontant à 5 travers de doigt au-dessus de la symphyse et à gauche, une masse plus grosse que le poing, dont les mouvements se transmettent bien au col utérin, mais ils se transmettent également à la collection perçue dans le Douglas.

2 février 1910. On examine la malade de nouveau et plus facilement que la première fois. La paroi est plus souple et on délimite plus facilement le corps utérin refoulé fortement à droite.

Son volume est normal et les mouvements se transmettent intégralement au col entr'ouvert. A gauche de l'utérus, on sent une masse du volume du poing, de consistance dure et dans le Douglas, une collection qui bombe et présente une consistance molle. Diagnostic : grossesse extra-utérine gauche interrompue.

Intervention, 3 février 1910. Après Laparatomie on trouve à gauche une trompe gravide fissurée avec une poche remplie de caillots qui occupe le Douglas. L'utérus est fortement rejeté à droite. Une anse grêle adhère à la paroi de l'hématocèle. Les adhérences étant rompues, on essaye d'enlever en bloc l'hématocèle et la trompe gravide, mais malgré toutes les précautions, la poche se rompt. On résèque la trompe gauche et on fait la toilette du petit bassin. La trompe gravide est fissurée, on ne trouve pas de fœtus. Ovaire gauche kystique.

La malade sort le 20 février 1910 complètement guérie.

OBSERVATION XXVII

R..., 31 ans.

Mariée depuis 7 ans ; a fait une grossesse normale il y a 6 ans. Dans les suites de couches on relève un peu de métrite. Depuis cette époque elle fut très bien réglée, très régulièrement. Au mois de juin 1907, entre le 6 et le 8, elle eut encore ses règles ; *mais elle ne vit rien au mois de juillet et à partir de cette suppression, la malade présenta des nausées, des vomissements, des picotements des seins, des goûts bizarres, en un mot tous les signes sympathiques de la grossesse.*

Au mois d'août elle eut un retour des règles, mais ressentit quelques jours après, dans le bas ventre, surtout du côté gauche, des douleurs violentes avec écoulement sanguin rouge foncé, mélangé de caillots. Un médecin appelé, *constata aussi l'expulsion d'une membrane*, c'était la caduque utérine.

Au mois de septembre la malade eut des métrorragies tous les 7 à 8 jours.

Au mois d'octobre, les pertes s'arrêtèrent et les douleurs cessèrent totalement.

Au mois de novembre, la malade ressentit de nouveau des coliques dans la fosse iliaque gauche, elle eut ses règles au début du mois et un retour le 21 du même mois.

Au toucher on sent l'utérus un peu gros, mais le col n'est pas ramolli. On perçoit nettement dans le Douglas une tumeur faisant corps avec l'utérus, empiétant sur le côté gauche. En raison de tous les symptômes précédents, M. Albertin pose le diagnostic de grossesse tubaire gauche interrompue et enkystée.

Intervention 11 février 1908. On fait une laparotomie médiane sous ombilicale, la trompe gauche présente une surface de rupture adhérente dans le Douglas, avec poche sero-hématique kystique. On ne retrouve pas d'embryon. On fait une ablation de la trompe et de l'ovaire gauches. Suites simples. Guérison.

La malade s'est toujours bien portée après l'opération, n'a jamais ressenti de douleurs dans le bas ventre et depuis elle a fait une grossesse normale dans son utérus par sa trompe et son ovaire droits conservés.

CONCLUSIONS

I. — La classification basée sur l'étude parallèle des formes anatomiques de la grossesse tubaire et des modalités cliniques qui y correspondent nous paraît devoir être conservée.

II. — Un fait important, la vie ou la mort de l'œuf, nous a paru jouer un rôle capital dans l'évolution de la grossesse tubaire.

III. — La mort de l'œuf nous paraît imprimer des modifications à la fois à l'évolution des lésions anatomiques et au tableau clinique de la grossesse tubaire. Cette influence mérite d'être étudiée.

IV. — A la période de vie (phase active) de la grossesse tubaire, correspondent les accidents graves de son évolution : rupture de la trompe, grandes hémorragies, phénomènes cataclysmiques.

V. — A la période de mort de l'œuf (phase d'arrêt, phase régressive) appartiennent des accidents moins graves : petites hémorragies, enkystement, régression, atrophie des néoformations.

VI. — Malgré la difficulté du diagnostic de la vitalité ou de la mort de la grossesse tubaire, une conclusion thérapeutique peut en être dégagée. Dans le premier cas, l'intervention doit être précoce, rapide. Dans le second cas les indications opératoires ne revêtent pas le même caractère d'urgence.

Le Président de la Thèse,

PAVIOT.

VU :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 3 décembre 1910,

Le Recteur Président du Conseil de l'Université,

JOUBIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- AGUINET. — Inondation péritonéale dans la grossesse ectopique. — Th. de Paris, 1903.
- ALBERTIN. — Traitement des grossesses extra-utérines. — 21^e Congrès français de chirurgie, Paris, 1908. — In Semaine Médicale, 1908, p. 491.
- ALBERTIN et DESGOUTTES. — Les formes anatomo-cliniques de la grossesse tubaire. — Traitement. — Lyon Chirurgical, 1909, p. 453.
- ASCHOFF. — Die Beziehungen der Tubaren Placenta zum Tubenabort und zur Tubenruptur. Arch. f. Gynäk., t. LX, fas. 3, p. 523-533. — Anal. in Rev. de Gyn., p. 309, t. v., 1901.
- BAZALGETTE. — Des grossesses tubaires méconnues. Th. de Paris, 1905.
- BAZY. — Sur la grossesse tubaire. — Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris, 1910, p. 35-41.
- BAZY. — Des hémorragies de la trompe non gravide. — Revue de Gynécologie, juillet 1910.
- BÉGOUIN. — Congrès de Chir. de Paris, 1906.
- BERRY HART. — De l'accroissement du placenta dans la grossesse extra-utérine après la mort du fœtus. — Americ. journ. of. obst., 1892.
- BERTINO. — Annali di ost. e gin., p. 523.
- BERTRAND. — Des abcès froids tubaires. — Thèse de Lyon, 1909.
- BINAUD. — De l'hématocèle pelvienne intra-péritonéale. — Anatomie pathol. et tableau clinique. — Traitement. — Thèse de Bordeaux, 1892.

- BOUILLY. — Grossesse extra-utérine tubaire. — Avortement tubaire. — Difficulté du diagnostic de l'hématocèle intra-péritonéale. — Salpingectomie secondaire. — Guérison. — Sem. Gyn., 6 mars 1900. Société de Chir., 29 janvier 1896.
- BOURSIER. — Deux cas de grossesses tubaires avec avortement tubo-abdominal incomplet. — Congrès de Chir., 1902.
- BÜCHER. — Wien. Klin. Wochens., 1907, n° 4.
- BURNIER. — Grossesse tubaire. — Signes. — Diagnostic — Gazette des Hôpitaux, 1908, p. 1131-1167.
- CAMELOT. — De l'hématosalpinx. — Th. de Paris, 1895.
- CAZEAUX. — Des modifications de la muqueuse utérine au cours de l'évolution des grossesses ectopiques. — Th. de Paris, 1903.
- CAUWENBERGHE. — Des grossesses extra-utérines. — Bruxelles, 1867.
- CHATELAIN. — De la putréfaction fœtale intra-utérine. — Th. de Paris, 1883.
- CHAYÉ. — Signes et diagnostic de la grossesse extra-utérine. — Th. de Paris, 1882.
- CESTAN. — Des hémorragies intra-péritonéales et de l'hématocèle pelvienne dans leurs rapports avec la grossesse ectopique. — Th. de Paris, 1894. — Gazette des Hôpitaux, 1894.
- CJOE. — Med. News, 21 avril 1900. — Americ. Journ. of Obstetrics, 1893, t. XXVII, p. 855.
- CORNIL. — Sur l'anatomie et l'histologie de la grossesse tubaire. — Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale. — Février 1900, p. 3.
- COULON. — Contribution à l'étude de l'hématosalpinx. — Th. de Bordeaux, 1891.
- COUVELAIRE. — Etudes anatomiques sur les grossesses tubaires. — Th. de Paris, 1901. — Classification topographique des grossesses tubaires pendant les trois premiers mois de leur évolution. — Ann. de Gyn., et d'Obst, 1901, p. 168. — Quelques points de l'anatomie des grossesses tubaires en évolution pendant les cinq premiers mois. — Rev. de Gyn., fév. 1902, p. 51-85.
- CULLINGWORTH. — Transactions of the obst. Society, vol. XL, 1886, p. 180 et 113.

- CURRIER. — In symposium on immediate versus deferred operation for intra-abdominal hemorrhage due to tubal pregnancy. (Transactions of the american gynecological society, mai 1908, in Amer. Journ.).
- DEBAY. — De l'intervention chirurgicale dans le cas de grossesse extra-utérine avec kyste fœtal putréfié. — Th. de Nancy, 1898.
- DE BOVIS. — Peut-on opérer les grossesses extra-utérines pendant la phase de shock. — Sem. Méd., 4 novembre 1908.
- DENIS. — Grossesse extra-utérine datant de 12 ans. — L'Ab. Méd., 1896, n° 25.
- DESCHAMPS. — Sur les divers modes de terminaison des grossesses extra-utérines. — Th. de Paris, 1880.
- DOBBERT. — Virchow's Archiv, 1892, Bd CXXVII, p. 137.
- DOLÉRIS. — Sur le traitement de la grossesse ectopique. — Soc. d'Obst., de Gyn., et de Pédiatrie. Avril 1900, p. 84.
- Grossesse extra-utérine et hématosalpinx. — Nouv. Arch. d'Obst. et de Gyn., 1891.
- DORAN (A.). — A tubal mole removed during the process of abortion. — The journal of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp., décembre 1906; Transactions of the obst. Soc. vol. XL, 1898.
- DRANITZINE. — Soc. obst. de Saint-Petersbourg, fév. 1906.
- DURAND et LAROYENNE. — Soc. de Chir. de Lyon, janv. 1908.
- FABRE et BOURRET. — Grossesse tubaire arrêtée dans son évolution et non rompue. — Réunion obstétricale de Lyon, 19 fév. 1908.
- W. H. FALES. — Boston, med. surg. Journ., 1887.
- FALK. — Tubenruptur und Tubenabort. Deutsche med. Zeitung, juin 1901, p. 561.
- FEHLING. — Die Bedeutung der Tubenruptur und des Tubäraborts für Prognose und Therapie der Tubarschwangerschaft. — Zeitschr. für Geb. und Gyn., Bd XXXVIII, Hft 1.
- FELLNER. — Ueber das Verhalten der gefasse bei Eilenteischwangerschaft Auto Thrombose Arch. f. Gynak 1905, t. LXXIV, p. 481.
- FERRÉ. — Ann. gyn. obst. déc. 1903.
- FILHOULAUD. — De la grossesse extra utérine récidivée. Thèse de Paris, 1907.
- FRANCK, ROBERT, C. — 80 cas consécutifs de grossesse ectopique. The am. Obst. and of Women and Children 1909, fév., p. 221.

- FRÉMONT. — De quelques indications opératoires dans la grossesse extra-utérine et en particulier dans la grossesse tubaire. — Thèse de Paris, 1900.
- GAUTHIER. — Sur la rupture de la grossesse tubaire et l'avortement tubaire. Thèse de Paris, 1893.
- GOBILLOT. — Symptomatologie de la grossesse tubaire. Th. Paris, 1894.
- GOSSMANN. — In G. Klein:— Operieren oder nicht operieren bei Eileiter. Schwangerschaft und Hamatokele (Gynakologische Gesellschaft in München). (Séance du 20 mai 1903), in Monatssch. f. Geburtsch. u. Gynakol., déc. 1903, p. 897.
- GRIPOUILLEAU. — Arch. de Tocologie, 1874, p. 703.
- GUBB. — Le placenta dans la grossesse extra-utérine. Thèse de Paris, 1893.
- GUISY. — Annales des mal. génito-urinaires, 1903.
- HANDFIEL JONES. — Obst. Soc. of London. Séance du 2 mars 1904. Anal. in Revue de gyn. 1904, p. 852.
- HEINECH. — Des grossesses extra-utérines, leurs terminaisons, leurs traitements, d'après une statistique de 40 cas personnels. Union médicale au Canada, 1907, p. 335 et 343.
- HENNECART. — De la nécessité de l'intervention chirurgicale, des dangers de la non intervention dans la grossesse extra utérine. Th. de Paris, 1897.
- W. HERMES. — Monats. f. Geb. u. Gyn., 1905, p. 356.
- HORRMANN. — Soc. gyn. Munich, octobre 1906.
- JACQUEMIER. — Manuel des accouchements, 1846, t. I, p. 383. (Cachexie après la mort du fœtus. Intoxication).
- JAYLE. — De la grossesse extra-utérine. Revue de Chirurgie, 1903.
- JAYLE et DELHERM. — Revue de gyn. et de chir. abdominale, fév. 1900, p. 29.
- JONESSOF. — A propos de l'avortement tubaire. Thèse de Paris, 1900-1901.
- JOUON. — Contribution à l'étude de la grossesse tubaire. Thèse de Paris, 1892.
- KEITLER. — Gesell. Obs. u. Gyn. Wien nov. 1903.
- KELLER. — Diagnostic de la grossesse tubaire. Thèse de Paris, 1872.
- KELLY. — Glasgow obst. and gyn. Soc. Séance du 25 mai 1904. Anal. in Revue de Gyn. t. 8, 1904, p. 865.

- KOENIG. — Centr. f. Gyn. 1905, n° 42.
- KUCHENMEISTER. — Centr. f. Gyn., 1880.
- Archiv f. Gyn. 1881, t. XVII, p. 153, où sont consignés tous les faits anciens et classiques du fœtus lapideus de Rousset.
- LABADIE, LAGRAVE et LEGUEU. — Traité de Gyn., 1901, p. 1094.
- LADINSKY. — Etude des symptômes et du traitement de la grossesse extra-utérine d'après une série de 100 cas. American journal of obstetrics, janvier 1908, p. 55.
- LECÈNE. — 2 cas d'avortements tubaires. Soc. d'Obst. de gyn. et de pédiatrie de Paris, mai 1910.
- LE DENTU. — Etudes de clinique chirurgicale, 1892.
- LEGUEU. — Diagnostic. Bull. de chir., 1902, p. 923.
- LEJARS. — Semaine médicale, 1904. (Les fausses-couches tubaires).
- — 1910. (Les reliquats de l'avortement tubaire).
- LEMERCIER. — Grossesses intra-ligamentaires après le 5^e mois. Th. de Paris, 1901.
- LEMPEREUR. — Des altérations que subit le fœtus après sa mort dans le sein maternel. Th. de Paris, 1867.
- LESCUYER. — De la momification du placenta dans les grossesses extra-utérines. Th. Nancy, 1898.
- LITZMANN. — Arch. f. Gyn. 1888.
- LOP. — Grossesse tubaire. Péritonite. Laparotomie. Gazette des Hôpitaux, 1907.
- LOVRICH. — Gyn. ungar. Ver., Budapest, nov. 1906.
- MACLEAN. — Obst. Soc. of London, avril 1906.
- MANDL. — Klinische und anatomische Beiträge zur Frage des complete Tubenaborts, Monats. f. Geb. und Gyn, XI, 1900, p. 203-216.
- MASLOVSKY. — Journal d'Obst. et de Gyn. de St-Petersbourg. Anal. in Annales de Gyn. 1898, p. 35.
- MARTIN. — Die Krank. der Eileiter. Leipzig, 1895.
- MATHIEU. — Sphacèle du kyste dans la grossesse extra-utérine. Th. Toulouse, 1908.
- MAUR. — Contribution à l'étude de la symptomatologie de la gros-
- BUISSON

- sesse extra-utérine, spécialement dans la première période. Th. de Paris, 1903.
- MAYGRIER. — Terminaisons et traitement de la grossesse extra-utérine. Thèse d'agrégation, Paris, 1886.
- MÉRIEL. — Annales de gyn., 1908, p. 107.
- MORILL LEE. — Ann. Journ. of obst., 1892,
- MURET. — Avortement tubaire et rupture de la trompe gravide. — Revue de gyn. et de chir. abdominale, 10 avril 1898, p. 195.
- NOVIKOFF. — Contribution à l'étude de la grossesse extra-utérine. X^e Congrès de Pirogoff. Section d'Obstétrique et de Gynécologie. Séance du 27 avril 1908.
- OETTINGER. — Bull. de la Soc. anatomique, 1883, p. 286.
- ORNELAS. — El observador medico, février 1908.
- ORTHMANN. — Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, 1894, vol. XXIX, p. 74 et suiv.
- PAQUY. — Des grossesses développées dans les trompes saines. — Thèse de Paris, 1897.
- PARRY. — Extra-utérine Pregnancy. — Londres, 1876.
- PELLET. — De la coexistence de l'appendicite avec la grossesse extra-utérine. — Thèse de Lyon, 1908.
- PILLIET. — Etude histologique des modifications de l'utérus dans la grossesse tubaire. — Annales de Gyn. 1895, t. XLIV, p. 241 — Progrès médical, 7 avril 1894.
- PINARD. — Art. grossesse extra-utérine du dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales. — Bull. de l'Académie de médecine 1895, t. XXXIX, p. 189.
- Documents pour servir à l'histoire de la grossesse extra-utérine 1892, chez Steinhel.
- Sur le traitement de la grossesse ectopique. — Soc. d'Obst., de Gyn. et de Péd. de Paris, avril 1900 p. 84. Séance de la même société du 9 mai 1910.
- PIQUÉ. — Rapport sur trois cas de grossesses extra-utérines — Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris, 1896, t. XXII, p. 30.
- PRIOR. — Boston médical Journ., 1893, (Diagnostic avant la rupture).
- PONCET. — De l'hématocèle pelvienne. — Thèse d'Agrégation.
- POROSHINE. — Soc. méd. du Turkestan, 1901.

- POTOKI. — Ann. de Gyn., 1908, p. 92 et 386.
- POZZI. — Bull. de l'Acad. de méd., 1895. — Traité de Gyn., 1907.
- RALLI. — Etude clinique de la grossesse extra-utérine. Th. de Paris, 1899-1900.
- REYNOLDS. — Boston médical Journ., 1893. (Diagnostic).
- RIBEMONT — DESSAIGNE et LEPAGE. — Précis d'Obstétrique.
- ROBB. — Ectopic gestation with special reference to the treatment of tubal rupture (Transactions of the american gynecological Society, mai 1907).
- ROULLAND. — Des processus pathologiques non infectieux des annexes et du bassin chez la femme. — Th. de Paris, 1907.
- ROUTIER. — Ann. de Gyn. 1890 — Bull. de la Soc. de chir. 1896 — Soc. d'Obst. de Gyn. et de Péd. de Paris, 9 mai 1910.
- SARRAUTE. — Th. de Paris, 1884.
- SAVARIAUD. — Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris, fév. 1904, p. 116 et 123. — Grossesse tubaire. — Pathogénie des Métrorragies dans l'hématocèle, — Bull. de la Soc. anat., fév. 1909. — Origine tubaire des métrorragies de la grossesse tubaire.
- SEGOND. — Rapport au Congrès de Gyn. de Marseille, 1898.
- SCHAUTA. — Lehrbuch der Gesammten Gynaekologie, 1898, 2^e partie. p. 78.
- SIMPSON. — Deffered operation for ruptured ectopic gestation. (Surgery, Gynecology and obstetrics, nov. 1907).
- SKUTSCH. — Le développement de l'hématocèle. — Archiv f. Gyn. 1906, vol. LXXVII, p. 91-126.
- SOUlié. — A propos de l'hématocèle pelvienne. — Arch. provinciales de chir., 9 sept. 1905.
- STANKIEWICZ. — Revue de Gynécologie et de chir. abd., 1901, p. 595 (De la rétention fœtale).
- STELTNER. — Ueber einen durch verlauf und komplikationen bemerkenswerthen Fall von extra-uteriner Graviditat. — Centralbl. f. Gyn., 1895, p. 102.
- BL. SUTTON. — On some points in the pathology of tubal pregnancy The Lancet, 8 fév. 1891, p. 474.
- Tubal moles and tubal abortions. — Brit. med. Journ. nov. 1892.
- Transactions of the obstetrical. Society, vol. XL, 1893, p. 180 et 313.

- L. TAIT. — Brit. med. Journ., 13 juin 1891. — The Lancet, 1888 —
Lectures on ectopic pregnancy, 1888.
- TARTANSON. — Les hémorragies et l'hématocèle pelviennes intra-péritonéales sans grossesse ectopique. — Th. de Lyon, 1909.
- TAYLOR. — The Ingleby Lectures on Extra-utérine pregnancy. —
Lancet, 28 mai 1898 et suivants 4, 18, 25 juin 1898.
- TESSON. — Gazette des hôpitaux, 8 juillet 1902.
- THOMSEN. — Journ. d'obst. et de gyn. russe, 1903.
- ULESKO SHOGANOVA. — Anat. Veränd. d. schwang. Tube in Bereich
d. Insertion, Monat. f. Obst. und Gyn., déc. 1900, p. 710.
- VEIT. — Les épanchements de sang dans le péritoine. — Sammlung
Klin. Vorträge Neue folge, 1891, n° 15.
- VIAL. — De l'avortement tubaire. Th. de Nancy, 1898.
- VIGNARD. — Diagnostic de l'avortement tubaire. — Gazette méd.
de Nantes, XXI, p. 10.
- VORON. — Sur quelques points de la symptomatologie de la grossesse
extra-utérine. — Réunion obst. de Lyon, 19 fév. 1908.
- WALLICH. — Diagnostic de la grossesse extra-utérine. — Rev. d'Obst.
et de Péd., sept. 1895.
- WEBSTER. — Intraperitoneal hæmorrhage in relation to ectopic
gestation. — American Gyn. and J., mars 1900, p. 434.
- WERTH. — De la grossesse extra-utérine. — Rapport au X^e Congrès
de la Soc. allemande de Gyn., Würzburg 1903, 3-6 juin.
- WILLETTE. — De l'inondation péritonéale dans l'avortement tubaire
(sans rupture) Th. de Paris, 1910.
- ZEDDEL. — Ueber Tubenabort, — Deut. med. Wochenschrift, 1895,
nos 31 et 32.

